

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Katrin Kalda

**PSÜÜHILISTE ERIVAJADUSTEGA INIMESTE HEAOLU
JA TOIMETULEK KODIJÄRVE JA ERASTVERE KODUS**

Lõputöö

Juhendaja: lektor Anne Rähn

Pärnu 2014

SISUKORD

Sissejuhatus	3
1. UURINGU ALUSEKS OLEVAD HEAOLU TEOORIAD	6
1.1. Allardti heaoluteooria.....	6
1.2. Subjektiivse heaolu kahe dimensiooni teooria.....	7
1.3. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne.....	10
1.3.1. Hoolekande areng ühiskonnas	10
1.3.2. Hoolekandeteenused erihoolekandes	12
1.3.3. Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine	15
2. UURIMUS PSÜÜHILISTE ERIVAJADUSTEGA INIMESTE HEAOLUST JA TOIMETULEKUST KODIJÄRVE JA ERASTVERE KODUS.....	20
2.1. Uurimuse eesmärk, uurimisküsimused	20
2.2. Uurimuse läbiviimine, metoodika ja valim	21
2.3. Hooldekodude tutvustus	22
2.3.1. Ülevaade Kodijärve Kodust	23
2.3.2. Ülevaade Erastvere Kodust.....	24
2.4. Uurimustulemuste analüüs	25
2.4.1. Vastajate (responentide) üldandmed	25
2.4.2. Omamine(füüsiline tervis, materiaalne toimetulek).....	26
2.4.3. Armastamine: sotsiaalne heaolu (suhted, tunded sots. suhetes).....	30
2.4.4. Olemine: emotsionaalne heaolu (tunded, rahulolu, vaimne tervis, enesehinnang, austus, usaldus).....	33
2.4.5. Arutelu, järeldused ja ettepanekud.....	34
Kokkuvõte	38
Viidatud allikad.....	40
Lisad.....	40
Lisa 1. Küsimustik	44
Summary	49

SISSEJUHATUS

Kõikidel inimestel on õigus heale ja mitmekülgsele elule vastavalt tema potentsiaalile ja võimalustele. Vaimse puudega inimesed moodustavad ühe kolmandiku puudega inimestest üle maailma. Puuetega inimeste Koja andmetel on Eestis psüühilise erivajadustega inimesi kokku ca 20 000. (Riigi tegevus psüühiliste... 2008)

Tervise lahutamatu koostisosa on vaimne tervis. Maailma Tervishoiu Organisatsioon (World Health Organization – WHO) defineerib vaimset tervist kui heaolu seisundit, mille abil inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime normaalsete stressoritega, on võimeline produktiivselt töötama ja annab oma panuse kogukonna heaks (WHO 2001).

DALY-kriteeriumi (*disability adjusted life years*; haigustest põhjustatud suremust ja invaliidistumist käsitlev mõõdik) põhjal koostatava, normaalset elu häirivate või lühendavate tervisehäirete nimistu esikümnest viis on psüühikahäired, ja seda erinevates riikides üle maailma (*Ibid*).

Alles viimastel aastakümnetel on Euroopa Liidus mõtteviis puuetega inimestest läbinud suure arengu. Ühiskondlik hoiak, mis eiras puudega inimese isiklikku vastutust oma elu eest, on asendumas mõtteviisiga, mille eesmärgiks on anda vastutus ning kontroll enda elu eest puudega inimese enda kätte ning saavutada puuetega inimeste terviklik kaasamine ühiskonda ja tagada puuetega inimestele kõikide teiste kodanikega samaväärsed õigused. Kõik inimesed on seaduse ees võrdsed ning neil on ilma mingi diskrimineerimiseta õigus võrdsele seadusest tulenevale kaitsele ja soodustusele.

2007 aastal loodi AS Hoolekandeteenused, mille eesmärgiks oli koondada kõik maavalitsuse hallatavad erihoolekandetasutused tsentraalsele juhtimisele ning otsida

selle kaudu lahendusi klientide elukvaliteedi parandamiseks. Kvaliteet erihooldekandes on eelkõige teenuste vastavus nõuetele ja kliendi rahulolu. Rääkides rahulolust ja kvaliteedist, on olulised märksõnad selgus, kindlus ja heaolu ning seda kõikides teenuse osutamise aspektides. Hooldekodu põhiliseks funktsiooniks on pakkuda erivajadusega inimesele turvalist, tegevusvõimet toetavat keskkonda. (Hall 2008: 38)

Uurimuse eesmärk on välja selgitada Kodijärve ja Ersastvere Kodude elanike heaolu ja toimetulek ning seda mõjutavad tegurid. Uurimistöö eesmärgi täitmiseks on püstitatud uurimisülesanded: saada ülevaade elanike heaolust ja toimetulekust, ankeetküsitlusega selgitada välja heaolu mõjutavad tegurid, saada tagasisidet elanike hetkeolukorrast.

Töö koosneb kahest peatükist. Lõputöö esimene osa annab ülevaate uuringu aluseks olevatest heaoluteooriatest. Uurimuse teoreetiliseks lähtekohaks on Allardti (1993) heaolukomponendid: omamine, armastamine ja olemine ning Subjektiivse heaolu kahe dimensiooni teooria, mille kohaselt subjektiivse heaolu tase sõltub heade ja halbade tunnete või meeleolu vahekorra. Alapeatükkides antakse ülevaade psüühilise erivajadusega inimeste hooldekandest ja sellest, milliseid hooldekandeteenuseid pakutakse erihooldekandes.

Lõputöö teine osa annab ülevaate uurimuse läbiviimisest. Uurimus on teostatud kasutades kvantitatiivset uurimismeetodit. Ankeetküsitluse küsimused on koostatud vastavalt Allardti (1993) heaolu indikaatoritele.

Töös on viidatud 43 allikale. Töö vormistamisel on järgitud Tartu Ülikooli Pärnu kolledži metoodilist juhendit.

Uurimustöös kasutatavad võtmesõnad:

- **Psüühilise erivajadusega inimene** – isik, kellel on raskest ja /või püsivast psüühikahäirest tingitud erivajadused (Paavel jt 2000/2001: 44-45).
- **Ööpäevaringne erihooldusteenus** – on isiku ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutuse toitlustamisega eesmärgiga tagada teenust saava isiku

iseseisva toimetuleku säilimine ja suurendamine ning turvaline elukeskkond teenuse osutaja territooriumil (RT 1995,21).

- **Heaolu** – eesmärk ja seisund, mille väljenduseks ning mõõduks on inimese subjektiivne rahulolu olemasoleva (ja perspektiivne) olukorra ja tingimustega (Paavel 2004).
- **Elukvaliteet** – inimese kehaliste ja vaimsete võimete ning nendest sõltuva töövõime rahuldav seisund, mis tagab inimese maksimaalse sotsiaalse heaolu. Sisaldab kahte peamist tegurit: sotsiaalne ja füüsiline keskkond. (Rannastu 2005)
- **Tegevusjuhendaja** – tegevusjuhendaja on spetsialist, kes juhendab psüühilise erivajadusega inimesi eesmärgiga parandada nende sotsiaalseid oskusi ja toimetulekuvõimet ning tagada neile vajalik kõrvalabi (Tegevusjuhendajate käsiraamat 2010: 3).
- **Tugiisik** – kliendile määratud tugiisik on kliendi toetaja, tema õiguste kaitsja, kes aitab kliendil planeerida ja korraldada oma igapäevast tegevust, jälgib tema arengut, teadmiste ja oskuste säilumist, aitab kliendil korraldada ametlikke dokumente ja aitab vajadusel sooritada oste, tööd leida jt. (Klienditöö eesmärkide... 2014)

1. UURINGU ALUSEKS OLEVAD HEAOLU TEOORIAD

Antud uurimus on teoreetiline uurimus ja uurimustöö teoreetiliseks lähtekohaks on rootslase E. Allardti (1993) heaolu teooria, mille ta töötas välja arendades edasi enda kaasmaalase Eriksoni (1993) heaoluteooriast. Antud teooria pärineb 1990-datest aastatest ja on aluseks paljudele heaolu teemalistele uuringutele, eriti just Skandinaavias (Kiis, Pihlak 2004: 32). Kuna Eesti asub Skandinaaviaga lähedasest kultuuriruumist, siis saab Eestis uuringut teostada sama teooria järgi.

1.1. Allardti heaoluteooria

Arvatakse, et inimese peamised vajadused on nii materiaalsed kui ka mittemateriaalsed. Indikaatorite süsteemis tuleb mõlemat tüüpi arvesse võtta, sest need hindavad heaolu taset ühiskonnas. Võib öelda, et inimese arengu ja eksisteerimise tingimuste võtmesõnadeks on: omamine (*having*), armastamine (*loving*) ning olemine (*being*). (Allardt 1993: 89)

Omamine viitab neile materiaalsetele ja füüsilistele tingimustele, mis on vajalikud ellujäämiseks või puuduse vältimiseks. Füüsilisi ja materiaalseid tingimusi saab mõõta järgnevate indikaatoritega: majanduslikud ressursid st sissetulekut ja rikkust, töötamine, elamise- ja töötingimused, tervis, haridus.

Armastus tähendab selles kontekstis vajadust teiste inimestega suhelda ja moodustada sotsiaalseid identiteete. Vajaduste rahuldamise taset võib mõõta järgmiste indikaatoritega: seotus ja suhted ühiskonnas, seotus perekonna ja sugulastega, aktiivsed sõprussuhted, seotus ja kontaktid ühenduste ja organisatsioonidega.

Olemine tähendab vajadust lõimuda ühiskonda ja elada kooskõlas keskkonnaga. Olemise positiivset külge võib nimetada isiklikuks kasvamiseks, negatiivset külge

võõrandumiseks. Indikaatoreid võib mõõta järgmiste asjaoludega: mil määral saab inimene osaleda otsustes ja tegevustes, mis mõjutavad tema elu, inimese poliitiline tegevus, võimalused vabaaja sisustamiseks, võimalused täisväärtuslikuks tööeluks ning võimalused looduse nautimiseks.

Eelnimetatud näitajad saab uurida nii objektiivsete kui ka subjektiivsete indikaatorite abil. Objektiivsed indikaatorid baseeruvad välisel vaatlusel ja tavaliselt seisnevad need erinevate tegevuste loendamises. Samas subjektiivsed indikaatorid baseeruvad inimese enda hinnangutel. Subjektiivseid ja objektiivseid indikaatoreid saab kasutada inimeste elamistingimuste, sotsiaalsete vajaduste ning isiklike vajaduste analüüsimisel ja hindamisel. (Allardt 1993: 91)

Teine märkimisväärne nüanss on esitlus kahe mõneti vastandliku vaateprisma eluväärtusele: subjektiivne kõrgstandardlik aspekt, mis baseerub personaalselt kogetul; objektiivsetelt asjaoludelt lähtuv subjektiivset kasu minimeeriv kõrgkvaliteeti kajastav aspekt. Allardt-i sõnul on vajadused, mis liigitavad elu heaks eluks, reeglina ära määratud selle järgi, mis inimestel olemas on ehk ressursid või mida inimesed suudaksid teha või millised nad tahaksid olla ehk võimalused. Heaolu hindamise kriteeriumiks on kindlasti ka isikute orientatsioon koetus ning muuseas, käitumuslik elustandardi analüüs viitab stratifikatsioonile olmes, kaaskondlaste respektseerimises, või ka *egotrip* 'is. (Vesan 2011)

1.2. Subjektiivse heaolu kahe dimensiooni teooria

Antud teooria kohaselt subjektiivse heaolu tase sõltub kahe teineteisest sõltumatu dimensiooni – positiivse ja negatiivse afektiivsuse, võib ka öelda heade ja halbade tunnete või meeleolu vahekorrad. Kui inimesel on mingil perioodil negatiivseid emotsioone rohkem kui positiivseid emotsioone on tema subjektiivne heaolu väiksem, ja vastupidi. Teisisõnu on need kaks külge teineteisest sõltumatud.

N. M Bradburni (1969) ja tema kaastöötajate uuringute alusel on selgunud seaduspärasused:

- positiivse afektiivsuse olemasolu või puudumisega seotud muutujad (näitajad) ei olnud negatiivse afektiivsusega seotud
- negatiivse afektiivsusega seotud näitajail ei olnud olulisi seoseid positiivse afektiivsusega. (Kidron 2007: 162)

Negatiivse afektiivsuse kasvu korral ilmnes arvestatavaid seoseid sääraste näitajatega nagu tööstressi suurenemine, raskused abielus, probleemid inimsuhetes ning eri põhjusel suurenenud ärevus ja masendus. Positiivse afektiivsusega näitajate hulka kuulusid muuhulgas ka suhtlemisoskuse tase, osalemine sotsiaalsetes kooslustes, sõprade – tuttavatega lävimise sagedus ning elu probleemisituatsioonidega. Subjektiivse heaolu teoorial on oluline praktiline tähendus, nimelt see võimaldab mõista paradoksaalseid olukordi, kus mõni inimene on elutingimuste poolest vägagi hästi paigutunud, kuid elab ometi rõõmutut elu, teised suudavad aga majanduslikult viletsates tingimustes säilitada optimismi ning on kokkuvõttes suurema heaolu tundege. (*Ibid*: 162-163).

Diener (2005: 2-3) on nimetanud subjektiivse heaolu teooria kolm peamist komponenti:

1. üldine rahulolu, ehk kognitiivne, sisaldab inimeste hinnangut sellele, kuivõrd nad oma eluga üldiselt rahul on (abielu, töö, materiaalne olukord) või millised on eesmärgid elus;
2. head tunded (positiivsed afektid), mis tähistavad meeldivaid emotsioone (rõõm, kiindumus, huvi ja pühendumus);
3. halbade tunnete (negatiivsete afektide) (rahutus, ärevus, viha, kurbus, mure, häbi) madalat taset. Inimeste subjektiivne heaolu on suur siis, kui nad on eluga rahul ja kogevad rohkem positiivseid kui negatiivseid emotsioone.

Demokraatlikus ühiskonnas on kõigil inimestel võrdne võimalus kujundada oma elu soovikohaselt, valides vajadustele vastava elustiili. Iga inimese väärib püüdlusi tema elukvaliteedi parandamiseks. Nii heaolu kui elukvaliteet on tihedalt seotud

toimetulekuvõimega. Suurim heaolu ja kõrgem elukvaliteet on eesmärgid, mille nimel pingutatakse (Medar 2002: 25). Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD) kasutab heaolu mõistet üldistusena, mille alla koonduvad materiaalsed, elukvaliteedi ning jätkusuutlikkuse näitajad. (Heaolu ja... 2012) Subjektiivne elukvaliteet on inimese hinnang oma eluolule, heaolu ja rahulolutunne. Objektiivne elukvaliteet on ligipääs ressurssidele ja võimalustele, mis on olemas. Keskkonna kvaliteet hõlmab nii sotsiaalse keskkonna kui sotsiaalse võrgustiku, st keskkond, kus klient elab, õpib, töötab, veedab oma vaba aega ning inimesed, kes on kliendi ümber. (Tõnisson, Luhse 2008)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et heaoluks on vaja, et inimese põhivajadused oleksid rahuldatud, siis on võimalik saavutada rahulolu.

1.3.Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne

Esimeses alapeatükis antakse ülevaade hoolekande arengust ühiskonnas. Teises alapeatükis antakse ülevaade teenustest, mida erihoolekandes ning tutvustatakse põhimõtteid, mille alusel osutatakse erihoolekandeteenuseid. Kolmandas alapeatükis antakse ülevaade psüühikahäirete ja vaimupuude mõistete käsitlesest Eestis.

1.3.1. Hoolekande areng ühiskonnas

Kõikidel inimestel on õigus heale ja mitmekülgsale elule vastavalt tema potentsiaalile ja võimalustele.

Hoolekanne on toimingute süsteem, mille eesmärgiks on inimestele erinevate vabaduste kindlustamine ning inimressursi arendamise kaudu majanduse arendamiseks paremate võimaluste loomine. Samal ajal suurendatakse sotsiaalset kaasatust, ennetatakse ja leevendatakse vaesust ja sotsiaalset tõrjutust (Hoolekande kontseptsioon 2004: 3).

Aastaid tagasi tundus hooldekodu elanike elu Eesti hoolekandetasutustes üsna trööstitu. Suhtumise muutumisega on õhkkond läinud positiivsemaks ja nii kliendid kui töötajad paistavad olevat palju rõõmsamad (Touwen, Karjakina 2005: 38).

Muutused ühiskonna arengus on kaasa toonud muutusi sotsiaalvaldkonna töö korraldamises. Seoses ühiskonna muutumisega on oluliselt muutunud ka hoolekandetasutused, hooldustöö sisu ja eesmärk, muutunud on sotsiaalne taust, lisandunud on mitmeid uusi mõisteid, mida varem ei kasutatud. Põhjalikult on muutunud arusaamised inimese sotsiaalse heaolu mõistetes (Medar 2002: 10).

Ühiskonnas toimunud baasiliste väärtuste ja hoiakute muutumisest tuleneb otseselt ka nõuete muutumine nii hoolekande sisule kui üldisele korraldusele. Tõrjumine asendub kaasamisega ja varsemalt suhteliselt suletud süsteemina toimimiselt peab hoolekanne muutuma väga paljusid erinevaid elu- ja tegevusvaldkondi integreerivaks tegevuseks (Paavel jt 2000/2001: 37).

J. Sipilä rõhutab sotsiaalhoolekandes järgimisi tegureid:

- teenuste võime reageerida reageerida kasutajate vajadustele;
- hooldajate isiklik suhe hooldatavatega;
- kasutajate võrdne kohtlemine;
- ohutus;
- ökonoomsus;
- hooldaja võime tööga toime tulla;
- vähemusrühmade respektseerimine (Medar 2002: 10).

Nii palju, kui vähegi võimalik, peavad psüühilise erivajadusega inimeste probleemid olema ja saama lahendatud avalike, kõigile inimestele mõeldud teenuste süsteemide kaudu ja spetsialiseerunud teenused rakenduvad ainult ja alles siis, kui üldistest avalikest teenustest konkreetse inimese jaoks ei piisa (Paavel jt 2000/2001: 28).

Igal inimesel on oma väärtus hoolimata sellest, kes ta on või mida ta on saavutanud. Kõikidel inimestel on ühesugune õigus inimväärsel elule. Ühiskond peab kõigile selleks eeldused looma (Bakk, Grunewald 1999: 22).

Inimväärsel elu iseloomustab:

- õigus elule, hoolimata sellest, kui suurte puuetega või hälvetega me oleme;
- õigus olla aktsepteeritud sellistena, nagu me oleme, isegi kui erinev teistest;
- õigus võimalusele areneda oma võimete kohaselt;
- õigus elada tunnete rajanevat kooselu teise või teiste inimestega;
- õigus teistega ühesugusele elustandardil (*Ibid*).

Põhiseaduse paragrahv 10 sätestab sotsiaaliigi printsiibi, mille kohaselt on igaühel õigus ning riigil kohustus tagada vähemalt minimaalselt inimväärikas äraelamine. Riigil on objektiivne kohustus hoolitseda igaühe võrdsete võimaluste eest ühiskonnas (Hoolekande kontseptsioon 2004: 5).

Põhiseaduse paragrahvis 19 sätestatud isiku vaba eneseteostus on põhiseadusriigi üks olulisemaid printsiipe. Samas kui inimese tegelikud võimalused on minimaalsed, nt ta kannatab puuduses või on erivajadusega, ei pruugi ta saada oma õigust vabale

eneseteostusele realiseerida. Siinkohal lasub riigil kohustus aktiivseks toetuseks. Abivajava inimese elementaarsete vajaduste täitmisest keeldumine on inimväärikuse rikkumine, mis oleks vastuolus põhiseaduse paragrahvis 10 sätestatuga. (Hoolekande kontseptsioon 2004: 5)

Sotsiaaltöö põhineb väärtustel, mis rõhutavad inimese väärikust, tema õigusi ja vajadusi ning inimvõimete kasvu- ja arenguvõimaluste täiuslikkuse saavutamist. Tegelik sotsiaaltöö nõuab spetsiifilisi teadmisi, oskusi ja professionaalset suhtumist, mis on respektiivne, hoolitsev ja toimekas. Erinevatel käsitusmeetoditel on praktikas ühine eesmärk: inimeste ja kogukondade elukvaliteedi parandamine (Sergo 1995: 102).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et ühiskonnas on toimunud hoolekandes suured muutused aastate jooksul. Väärtused ja hoiakud on muutunud ning kaasamine on asendanud tõrjumise.

1.3.2. Hoolekandeteenused erihoolekandes

Ööpäevaringse hoolduse eesmärgiks on kliendi toimetulekuvõime toetamine ja igapäevaelu oskuste arendamine läbi aja struktureerimise, raha juhtimise, tervisliku toitumise, asjaajamise, enesehoolduse, vaba aja sisustamise ning motiveerimise.

Erihoolekandes elavate inimeste elukvaliteet on Eestis valulik probleemvaldkond võrreldes maailma saavutustega selles vallas. Kõige olulisem erinevus Eesti ja vanade Euroopa riikide vahel on suhtumine puudesse ja sellest tulenevates väärtushinnangutes. Eestit kammitseb nõukogude pärand, kus puuetega inimesed suruti nelja seina vahele peitu. On levinud arusaam, et hooldekodu on kinnine asutus, kuhu saadetavad inimesed kuuluvad mahakandmisele – nii otseses kui kaudses mõttes. Väide, et hooldekodus inimene õpib ja areneb ning tunneb ennast sealjuures turvaliselt, tundub uskumatu.

Ühiskonnas on levinud negatiivne hoiak psüühikahäiretega inimeste suhtes. Eelarvamusliku suhtumise tõttu on vaimse tervise probleemidega inimestel raskendatud eluaseme ja töö leidmine ning sotsiaalsete suhete säilitamine (Lausvee 2005: 50).

Sotsiaaltöö olemuslikuks põhjuseks on asjaolu, et kõik inimesed ei ole suutelised ise (ilma kõrvalabi) saavutama ja/või enesele tagama ühiskonnas aktsepteeritavaks

peetavat elukvaliteeti; sotsiaaltöö sisuks ning eesmärgiks on väiksema või vähenenud suutlikkusega inimeste viimine (aitamine) ühiskonnas aktsepteeritavaks peetud elukvaliteedini või selle säilitamise toetamine (Paavel 2004: 7). Sotsiaalministeeriumi andmetel (2011) on isikud kellele on määratud puudeliik – psüühikahäire ja vaimupuue 24209 (Tervis, töö... 2011: 124).

Seadusandlikud põhialused psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeks on sätestatud põhiseaduses, sotsiaalhoolekande seaduses, perekonnaseaduses ja psühhiaatrilise abi seaduses. Täiendavalt kujundavad kõnealuse valdkonnaga seotud õiguslikku ruumi tervishoiu korraldust ja ravikindlustust reguleerivad seadused ning sotsiaalministri mitmed seadusandlikud aktid, mis reguleerivad perearsti tegevust, raviteenuste hinda, erivajadustega inimeste hoolekande rahastamist jms. Institutsionaalne vastutus ja funktsioonid psüühilise erivajadusega inimeste ravi, rehabilitatsiooni ja hooldamise korralduse osas on vaatamata seadusandlike aktide suhteliselt suurele hulgale tervikuna piisava selguseta defineerimata ja täpsustamata. (Paavel jt 2000/2001: 46)

Puuetega inimesed on ühiskonnaliikmed ja neil on õigus jääda oma kohalikku keskkonda. Nad peavad saama vajalikku abi ja toetust tavaliste hariduse-, tervishoiu, tööhõive- ja sotsiaalteenuste raamides. Võrdsete võimaluste printsiibist tuleneb, et kõigi inimeste vajadused on võrdse tähtsusega, et need vajadused peavad olema ühiskonna planeerimise aluseks ja et kõiki ressursse tuleb kasutada selliselt, et kindlustada kõigi inimeste võrdsed osalemisvõimalused. (Puuetega inimestele ... 1995: 5)

Psüühiliste erivajadustega inimeste riiklikele hoolekandeteenustele on õigus täisealisel inimesel, kellel on raskest ja/või püsivast psüühikahäirest tulenevalt välja kujunenud suurem kõrvalabi, juhendamise või ka järelevalve vajadus ning kes vajavad toimetulekuks professionaalset kõrvalabi (Medar M., Medar E. 2007: 104). Teenust osutatakse Eestis elavatele abi vajavatele psüühilise erivajadusega inimestele võrdsetel alustel sõltumata nende soost, vanusest, rahvusest, nahavärvist, uskumustest, poliitilistest tõekspidamistest või muudest tunnustest (Erihoolekande teenustestandard 2011: 5).

Erihoolekanne peab olema suunatud isiku enda võimete arendamisele, et ta saaks elada võimalikult iseseisvat ja normaalset elu, st elada koos teiste inimestega ja nendega suhelda. Hoolekande vormid, mida erivajadusega inimesele osutatakse, peaksid võimalikult suures ulatuses moodustama osa ühiskonna üldisest teenuste süsteemist. Ühiskond tuleb kohandada puuetega inimeste järgi ja nende vajadusi arvesse võttes. (Bakk, Grunewald 1999: 27) Keskkel kohal on indiviid oma erinevate vajadustega. Vajaduste väljaselgitamisel arvestatakse kliendi soove ja arvamusi, tunnustades tema isiklikke eesmärke, vastutust ja kodanikuõigusi, mis vastavad tema suutlikkusele ja pädevusele. Teenuste kompleks töötatakse välja konkreetsest inimesest ja teda ümbritsevast keskkonnast lähtudes. (Erihoolekande teenustestandard 2011: 5)

Alates 2008. a on psüühilise erivajadusega inimeste riiklik hoolekanne korraldatud viie teenuse baasil: igapäevaelu toetamine, toetatud elamine, elamine kogukonnas, töötamise toetamine, ööpäevaringne erihooldusteenus (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2009: 15,74)

1. Igapäevaelu toetamine – teenus, mille eesmärgiks on tavapärases keskkonnas elava inimese pikaajalisele hooldusele suunamise vajaduse vähendamine inimese rehabilitatsioonile orienteeritud tegevustesse kaasamise ja tavapärases keskkonnas toimetuleku toetamise kaudu.
2. Toetatud elamine – teenus, mille eesmärgiks on inimese iseseisev toimetulek tavapärasele võimalikult lähedases keskkonnas koos igapäeva- ja koduse elu korraldamise abistamisega.
3. Elamine kogukonnas – toetatud elamine teenus, kliendid elavad koos professionaaliga.
4. Töötamise toetamine – teenus, mille eesmärgiks on iseseisvalt elava või toetatud elamine teenust kasutava inimese töötamine tavapärastes töösuhetes. Seisneb töövõtja ja tööandja toetamises inimese töölerakendamisel ja töökoha ning töötingimuste kohandamisel inimese vajadustele vastavaks.

5. Ööpäevaringne erihooldusteenus – sh ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega isikule, sügava liitpuudega isikule ja kohtumääruse alusel teenusele paigutatud isikule. Teenus, mille eesmärgiks on inimese elukvaliteedi säilitamine ühiskonnas aktsepteeritavaks peetaval tasandil inimest igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel abistamise (Paavel jt 2000/2001: 53-54).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et Eestis liigutakse selles suunas, et kesksel kohal on klient, kelle soove ja arvamusi arvestatakse, sest kõikidel inimestel on õigus mitmekülgselt arenguks. Oluline on, et kliendid on aktiivsed kogukonna liikmed ja pakutud teenusega rahul.

1.3.3. Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine

Psüühikahäiretega inimesed on osa rahvast, meist, kel on õigus käia tööl, poes, arsti juures, kinos, teatris.

Ebatavalised juhtumid on alati ühiskonna tähelepanu äratanud ja neid on kuidagi nimetada või seletada püütud. Kunagi peeti selliseid inimesi kurjast vaimust vaevatuks, on kasutatud nimetusi *hull*, *ebanormaalne*, *vaimuhaige*. Tänapäevane õige sõna tavapärasest kõrvalekalduvate nähtuste jaoks on psüühikahäired (Kreegipuu 2002: 241).

Hoolekandesüsteemis moodustavad peamise klientuuri orgaaniliste psüühikahäiretega (dementsus, deliirium jt), psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäiretega (nt sõltuvused), psühhootiliste häiretega (skisofreenia, korduvad psühhootilised episoodid jt) ja vaimse alaarenguga inimesed (Rannastu 2005: 42).

Psüühikahäirete meditsiinilise käsitlemise ja meditsiiniliste sekkumiste aluseks Eestis on RHK-10, milles klassifitseerimise alusena kasutatakse mõistet psüühikahäire. Psüühikahäire viitab teatud hälvete esinemisele aju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi (nt hirmutunne) või halvendavad muul viisil kohanemist reaalsusega (nt hallutsinatsioonid).

RHK-10-s on iga psüühikahäire tähistatud tähega F ja kuni neljakohalise koodiga. Häired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi ja koodi esimene number osutab vastavale häirete grupile (vt tabel 1). (Paavel jt 2000/2001: 22–23)

Tabel 1. Ülevaade psüühikahäiretest üldiste gruppide alusel

	Häirete klass	Näiteid
F 0	orgaanilised psüühikahäired	dementsus, orgaaniline isiksushäire
F1	psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	deliirium
F2	psühhootilised häired	skisofreenia, püsivad luululised häired, äge mööduv psühhootiline episood
F3	meeleluhäired	episoodiline või korduv depressioon
F4	ärevushäired, dissotsiaalsed häired, somatoformsed häired	foobiad, paanika-, kohanemis- jms. häired, äge stressreaktsioon
F5	söömishäired, unehäired, seksuaaldüsfunksioonid	anorexia, buliimia nervosa, alanenud libiido
F6	isikuhäired, muud käitumishäired	paranoidsus, düüsotsiaalsus, ebastabiilsus, patoloogiline hasartmängurlus, kleptomaania
F7	vaimne alaareng	kerge, möödukas, raske ja sügav vaimne alaareng
F8	psüühilise arengu spetsiifilised häired	kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired, (lugemishäire, arvutamislumuste häire), autism
F9	psüühikahäired lapse- ja noorukieas	hüperaktiivne häire, käitumishäire, tundeeluhäired, kiindumushäire

Allikas: Paavel jt 2000/2001: 22–23.

Psüühikahäire viitab teatud raskuste ja eripäraga hälvete esinemisele aju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi või halvendavad muul viisil kohandamist reaalsusega. Mõiste psüühikahäire väljendab eelkõige aju funktsionaalset seisundit ja ei viita alati konkreetsetele põhjustele ega ka võimalike haiguslike muutuste iseloomule ajus. Häired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi (Paavel jt 2000/2001: 22).

Orgaaniliste psüühikahäirete ühiseks aluseks on kindlalt diagnoositav peajuhaigus, kahjustus või mõni muu – häire, mille tagajärjeks on aju düüsfunksioon (*Ibid*).

Kõige tavalisemad orgaanilised psüühikahäired on aeglaselt arenev dementsus ja kiiresti arenev deliirium. Kergematest sündroomidest on olulised orgaanilised ärevus- ja meeleluhäired (Koponen, Sulkava 2000: 409).

Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäire korral on häired põhjustatud sõltuvust tekitava aine tarvitamisest (alkohol, kannabinoidid, opiaadid, kokaiin, amfetamiin, hallutsiooneenid jms). Enamus sündroome on sarnased orgaanilistele psüühikahäiretele (Paavel jt 2000/2001: 23).

Psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamis- ja sõltuvussündroomide diagnostilised kriteeriumid on kõigil uimastitel põhiliselt samad. Nende tarvitamisel tekib enamasti lisaks psüühilisele sõltuvusele ka füüsiline sõltuvus. Uimastite tarvitajail esineb kehalisi haigusi ja psüühikahäireid rohkem, kui rahvastiku samas vanuserühmas keskmiselt (Kuoppasalmi, Heinälä, Lönnqvist 2000: 352, 356).

Mitteorgaaniliste psüühikahäirete all võib käsitleda psühhootilisi-, meeleolu-, ärevus-söömis-, une- ja muid häireid. Mitteorgaaniline psüühikahäire laiemas kontekstis tähendab seda, et haiguse patoloogia aju funktsioneerimise tasandil ei ole täpselt teada; need on tingitud psühholoogilistest mehhanismidest või on häire nii bioloogiliste kui psühholoogiliste tegurite koosmõju tulemus (Paavel jt 2000/2001: 23).

Psühhootiliste häirete (nt skisofreenia) korral on tegemist inimese võimetusega eristada reaalsust subjektiivsetest elamustest, mistõttu häiritud reaalsustaju alusel luuakse uus, ebareaalne maailm. Tüüpilisemad psühhootilised sümptomid on hallutsinatsioonid, luulumõtted, katatoonne rahutus või stuupor; illusoorsed meelepetted või muud psühhootilise tähendusega tunnetusprotsessi häired (*Ibid*).

Skisofreenia on üks tõsisemaid ja komplitseeritumaid inimkonda ohustavaid haigusi. Kuigi skisofreenia ravi on märkimisväärselt arenenud, toob haigus patsientidele ja nende omastele kaasa kannatusi. Langevad tegevusvõime ja elukvaliteet, töö- ja toimetulekuvõime (Isohanni, Honkonen, Vartiainen, Lönnqvist 2000: 43). Skisofreenia on haigus, mida ei saa ara hoida, küll aga on võimalik kontrollida selle kulgu, parandades emotsionaalset atmosfääri kodus, tarvitades adekvaatselt ja pidevalt ravimeid ning püstitades mõõdukaid ja reaalseid eesmärke. Ei pereliikmed, lähedased ega haige ise ole süüdi skisofreenia esinemises perekonnas. (Jaanson jt. 1999: 11)

Meeleolahäirete (depressiivsed häired ja bipolaarsed meeleolahäired) liigitamise tähtsaimad alused on sümptomite iseloom, raskusaste ja kestus. Keskseks diagnoosimise

aluseks on maniakaalsete või hüpomaniakaalsete sümptomite esinemine, mis eristab bipolaarset meeleoluhäiret tavalisest depressioonist. Depressiooni sümptomaatika raskusaste korreleerub enamasti küllalt selgelt kaasneva tegevusvõime langusega. (Isometsä 2000: 111, 114)

Skisofreenia vormid:

1. paranoiline skisofreenia on iseloomulik luululine mõtlemine ja tihti ka kuulmispetete esinemine
2. hebefreenne skisofreenia puhul on esikohal ebatavaline emotsionaalne reaktiivsus või tuimenemine, seosetu mõtlemine ja ebakohane kõne või käitumine
3. katatoonse skisofreenia ilminguteks on käitumise ja liigutustega seotud sümptomid alates aktiivsuse vähenemisest kuni äärmusliku rahutuseni
4. nn residuaalne skisofreenia haiguse hilisstaadium, kui valdavalt on negatiivsed sümptomid, nagu enesetõmbumine, passiivsus, ükskõiksus, tuimenemine, hajevil või ebaloogiline mõtlemine. (Skisofreenia... 2011)

Neurootilistest, stressiga seotud ja somatoformsetest psüühikahäiretest on kõige sagedasemad ärevushäired. Dissotsiatiiivsete häirete ühiseks jooneks on osaline või täielik normaalse integratsiooni hävimine mälu, identsuse ja vahetute aistingute ning liigutuste kontrolli vahel (Paavel jt 2000/2001: 24) .

Somatoformsete häirete puhul sümptomaatika viitab somaatilisele haigusele, kuid võimalik kehaline haigus sümptomeid ei seleta (Joukamaa 2000: 206).

Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid sisaldavad söömishäireid (anoreksia ja bulimia nervosa), unehäireid, ja seksuaalseid düsfunktsioone (Paavel 2000/2001: 24).

Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäirete alla kuuluvad kliinilise tähendusega seisundid ja väärkohastumuslikud käitumismustrid, mis on püsivad ning väljendavad inimese iseloomulikku elustiili ja enese ja teistega suhtlemise viisi (*Ibid*).

Isiksushäired toovad ebameeldivusi paljudes elusituatsioonides – nendega kaasneb tavaliselt subjektiivseid kannatusi ning sotsiaalse toimetuleku probleeme. Käitumis- ja impulsikontrollihäireid käsitletakse tavaliselt koos isiksushäiretega. Häiretele on iseloomulikud korduvad kontrollimatud teod, millel ei ole selgeid mõistlikke põhjuseid ning mis enamasti kahjustavad patsiendi või teiste inimeste huve (Eronen, Henriksson 2000: 321,340–342).

Vaimne alaareng on seotud sünnipäraselt madala kognitiivse funktsiooni (eelkõige intellekti) tasemega. Psüühilise arengu spetsiifiliste häirete korral on tegemist teatud kindlate funktsioonide madala taseme või eripäraga (Paavel jt 2000/2001: 23). Vaimupuue ei ole haigus, nagu tihti ekslikult arvatakse. Vaimupuude puhul on tegemist seisundiga, mis elu jooksul ei muutu ja mida pole võimalik ravida. Vaimupuue on samasugune inimese eripära nagu andekus või andetus mingis valdkonnas. Vaimupuude diagnoos liigitub küll psüühikahäirete alla (vt RHK-10), kuid toetuse planeerimisel käsitletakse vaimupuudega inimesi alati eraldi grupina. Vaimupuude kirjeldamisel on Eestis kasutatud ja kasutatakse veel praegugi väga erinevaid mõisteid. Meditsiinisüsteemis on enam levinud sellised mõisted nagu „intellektipuue“ ja „vaimne alaareng“. RHK-10 järgi kirjeldatakse „vaimset alaarengut“ kui seisundit, kus mõistuse areng on pidurdunud või ebanormaalne nii, et nõrgalt arenenud on eelkõige arengueas omandatavad oskused ehk üldist intelligentsust mõjutavad vaimsed, verbaalsed, motoorsed ja sotsiaalsed võimed. Eesti haridus- ja sotsiaalhoolekande süsteemis on alates 1995. aastast kirjeldatud eelkõige „vaimupuuet“ ja „vaimset puuet“. (Tegevusjuhendaja... 2010: 46)

Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired hõlmavad häireid, mis algavad lapse- või noorukieas ja sageli ka mööduvad või transformeeruvad muudeks psüühikahäireteks hilisemas eas (Paavel jt 2000/2001: 23–24).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et psüühilisteks erivajadusteks loetakse vaimupuuet ja psüühikahäiret ning Eestis on häired jaotunud kümnesse suuremasse gruppi. Vaimupuuet pole võimalik muuta ega ravida, kuid psüühikahäirega on võimalik elada tavapärast elu kui tarvitatakse selleks ettenähtuid ravimeid regulaarselt.

2. UURIMUS PSÜÜHILISTE ERIVAJADUSTEGA INIMESTE HEAOLUST JA TOIMETULEKUST KODIJÄRVE JA ERASTVERE KODUS.

Peatükis on uurimuse eesmärgid, kirjeldatakse valimit ning antakse ülevaade läbiviimise meetodist. Tutvustatakse uurimuse käiku ning empiirilise materjali analüüsi, millele järgneb arutelu, järeldused ja ettepanekud.

2.1. Uurimuse eesmärk, uurimisküsimused

Arusaamine sotsiaalteenuste vajalikkusest ning ootused sotsiaalteenuste kättesaadavusele on viimasel kümnendil pidevalt suurenenud. Lisaks teenuste kättesaadavusele on tähelepanu keskmesse tõusnud ka küsimus hoolekandeteenuste kvaliteedist. Suurenemas on inimeste teadlikkus ja nõudlus parema kvaliteediga teenuste järele. (Sõmer–Kull 2011: 13)

Uurimuse eesmärk on välja selgitada Kodijärve ja Erastvere Kodude elanike heaolu ja toimetulek ning seda mõjutavad tegurid.

Uurimustöös eesmärki võimaldavad saavutada järgmised uurimisküsimused:

- kuidas hindavad kliendid enda elamistingimusi hooldekodus;
- kuidas hindavad kliendid oma tervislikku seisundit;
- kuidas hindavad kliendid oma majanduslikku toimetulekut hooldekodudes;
- milline on klientide läbisaamine lähedastega, teiste klientidega ja töötajatega;
- kuidas hindavad kliendid töötamise, huvitegevuse ja vaba aja veetmise võimalusi hooldekodus.

Uurimus viiakse läbi Kodijärve ja Erastvere Kodude ööpäevaringsel erihooldusteenusel viibivate klientidega.

Kodijärve Kodus elab 70 psüühilise erivajadusega klienti äsja valminud peremajades. Erastvere Kodus elab 170 psüühilise erivajadusega klienti erinevatel teenustel, kelle elukohaks on suur „kombinaat“ tüüpi hooldekodu. Kodijärve ja Erastvere Kodude võrdlus ja analüüs võimaldab saada andmeid psüühiliste erivajadustega inimeste heaolust ja seda mõjutavatest teguritest.

2.2. Uurimuse läbiviimine, metoodika ja valim

Antud uurimuses rakendati kvantitatiivsele uuringule iseloomulikku kõikse valimi meetodit. Kõikne uuring on üldkogumi ehk populatsiooni uuring, kusjuures populatsiooni moodustab uurimisülesande sisuga piiritletud kõigi uurimisobjektide kogum (Tooding 1999: 101). Planeeritud, mittejuhuslikku valimisse kuuluvad Kodijärve ja Erastvere Kodu kliendid.

Antud valimi üldkogumi moodustavad 55 Kodijärve ja 100 Erastvere Kodu klienti. Mittejuhuslikust valimist tuli välja jätta need kliendid, kes oma tervislikust seisundist ei olnud võimelised küsimustest aru saama ja neile vastama. Seega moodustus valim järgmiselt: Kodijärve Kodu klientidest: 29 inimest ehk 52,7 % ning Erastvere Kodu klientidest 50 inimest ehk 50 % üldkogumist.

Uurimus on teostatud kasutades kvantitatiivset uurimismeetodit. Andmete kogumiseks kasutas töö autor ankeetküsitlust, mida liigitatakse kvantitatiivse meetodi hulka. Ankeetküsitluse küsimused on koostatud vastavalt Allardti (1993) heaolu indikaatoritele. Ankeetide abil võib koguda andmeid faktide, käitumise ja tegevuse, teadmiste, väärtuste, suhtumiste, uskumuste, arusaamade ja arvamuste kohta (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2005: 184). Ankeet sisaldas endas nii avatud küsimusi kui ka valikvastuste võimalust. Avatud küsimused on küsimused, kus esitatakse küsimus ning vastajal on võimalik vabas vormis vastata. Valikvastustega küsimused on küsimused või väited, kus on ette antud vastuste-variandid, mille hulgas vastaja tähistab ringikesega ühe vastusevariandi või mitu vastusevarianti vastavalt talle antud juhtnööridele (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2005: 185–187). Andmete analüüsimisel kasutatakse

kirjeldava statistika meetodeid- ühemõõtmelised ja kahemõõtmelised sagedustabelid. Andmed esitatakse tabelite ja joonistena ning andmeanalüüsis kasutati Windows operatsioonisüsteemi MS Excel 2007. Kõik joonised ja tabelid uurimistöös on autori koostatud. Avatud vastustega küsimuste vastustest tõi autor välja enim vastatud vastusevariandid, kuid jättis välja need vastusevariandid, mis antud teema konteksti ei sobinud.

Ankeet (vt Lisa 1) koosnes kokku 29 küsimusest ja oli jagatud neljaks blokiks. Esimene blokk sisaldas üldandmeid ja küsimusi järgmiste teemade kohta: sugu, vanus, elupaika puudutavaid küsimusi.

Teise, kolmanda ja neljanda bloki küsimuste koostamisel oli aluseks Allartdi heaolumudel – vastaja andis hinnangu oma rahulolule omamise (füüsiline tervis, materiaalne toimetulek), armastamise (suhted, tunded sots. suhetes), olemine (tunded rahulolu, vaimne tervis, enesehinnang). Selles osas oli võimalik vastata nii valikvastustega küsimustele kui ka avatud küsimustele.

Uurimistöö autor on austanud uuritavate isikute õigsust privaatsusele ning taganud uuritavate isikute anonüümsuse. Uuringus osalemine on olnud vabatahtlik, sest enne anketeerimist küsis autor potentsiaalse respondendi käest, kas vastaja soovib küsimustikule vastata või ei ning neil oli õigus loobuda uuringus osalemisest. Uurimuse anketeerimise osa viidi autori poolt läbi Kodijärve ja Erastvere Kodus 01.03.2014–20.03.2014.

2.3. Hooldekodude tutvustus

Kodijärve ja Erastvere Kodu kuuluvad AS Hoolekandeteenuste alla, mis on 100% riigile kuuluv äriühing, mis tegutseb üle kogu Eesti pea kõigis maakondades, pakkudes hoolekandeteenuseid ligi 2500-le kliendile ning tööd enam kui 1000-le töötajale. AS Hoolekandeteenused teenuseportfelli moodustavad erihoolekandeteenused psüühiliste erivajadustega täiskasvanutele ja lastele ning üldhooldusteenus eakatele. (Avaleht 2013)

AS Hoolekandeteenustes on praegu prioriteediks psühhiaatriliste erivajadustega täiskasvanute riiklike hoolekandeteenuste arendamine. Selleks on reorganiseeritud kodu

tüüpi asutused, mis on integreeritud elukeskkonda ja võimaldavad pakkuda psüühiliste erivajadustega täiskasvanutele teenuseid, mis senistega võrreldes on olulisemalt kvaliteetsemad, tulemuslikumad ja kõigile klientidele võrdselt kättesaadavamad. 2004. aasta valminud hoolekandekontseptsioonis on mindud hoolekandeteenuste osutamisel üle subsidiaarsuse põhimõttele, mille järgi kodanikule abi andmine toimub võimalikult lähedal ja leiab aset teda ümbritsevas keskkonnas. (Kaarlõp 2007: 9)

2.3.1. Ülevaade Kodijärve Kodust

Kodijärve Hooldekodu on AS Hoolekandeteenused Lõuna–Eesti piirkonna hooldekodu, kus pakutakse erihoolekandeteenuseid täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimesele. Kodijärve Hooldekodu asub Tartu maakonnas Kambja vallas Tartu – Otepää maantee ääres Kodijärve külas. Täna elab kodus, kokku, ca 55 inimest ööpäevaringsel erihooldusteenusel.

Teenusel on 55 klienti, kes elavad 2013 aasta kevadel valminud peremajades. Klientide keskmine vanus on 40 eluaasta ringis. Noorimad kliendid on suunatud hooldekodusse lastekodudest. Klientidel on erinevad diagnoosid: autism, Downi sündroom, vaimupuue, erinevad psüühikahäired, alkoholist põhjustatud dementsus, traumajärgne dementsus, vanadusdementsus, kurtus. Hooldekodus elavad inimesed vajavad igapäevaselt kõrvalabi, juhendamist ja järelvalvet ning nende toimetulekut ei ole võimalik antud olukorras tagada teiste sotsiaalteenuste osutamisega.

Kodu põhieesmärk on tagada inimesele turvaline, sõbralik ja aktiivset iseseisvat toimetulekut toetava elukeskkonna loomine koos iga inimese isikupära arvestava vajaliku juhendamisega, mis võimaldaks inimese võimalikult kõrge vaimse ja füüsilise sotsiaalse funktsioneerimise taseme hoidmise. Eesmärgi saavutamiseks lähtutakse töös individuaalselt inimese isiksusest ja pakutakse vastavalt inimese vajadusele juhendamist ja abi, et inimese elukvaliteet ja toimetulekuvõime säiliks või paraneks. Kodijärve Kodus propageeritakse tervislikke eluviise.

Kodijärve kodus on kõigil elanikel võimalus osaleda erinevates virgestavates, arendavates ja meelt lahutavates tegevustes:

- looduskaunis kodu ümbrus, kus on meeldiv jalutada ja värsket õhku hingata ning läheduses asuvast järvest on võimalik kala püüda või väike suplus teha;
- õueala ja pargi korrastamise eest hoolitsevad kliendid ise;
- oma kodu korrastamise eest hoolitsevad kliendid igapäevaselt ise;
- harrastatakse kepikõndi;
- on võimalik mängida erinevaid lauamänge kabest alates kuni koroonamänguni välja;
- klientidel on võimalik tegeleda muusikaga ja osaleda laulukooris;
- võimalik harrastada käsitööd alates kudumisest lõpetades siidimaalide valmistamisega;
- kord kvartalis toimub suurem ühine väljasõit, koos valitud marsruudil;
- hooldekodus on aktiivne kultuurielu- me külastame ise erinevaid kultuuriüritusi ja korraldame ka ise. (Millega tegeleme 2014)

Kodijärve Kodus töötab 26 inimest:

1 kodujuht, 1 vanemtegevusjuhendaja, 15 tegevusjuhendajat ja 6,5 nooremtegevusjuhendajat, hooldusmeister 1 peakokk, 1 kokk ja 0,5 abikokk.

Kodijärve kodu ostab sisse koduõteenust Valga Haiglalt. Koduõde töötab Kodijärvel kolmel päeval nädalas.

2.3.2. Ülevaade Erastvere Kodust

AS Hoolekandeteenused Erastvere Kodu on Kagu-Eestis paiknev hooldekodu, kus pakutakse erihoolekandeteenuseid täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimesele. Täna elab Kodus erinevatel teenustel (ööpäevaringne erihooldusteenus, ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumääruse alusel, toetatud elamise teenus, igapäevaelu toetamine, töötamise toetamine) kokku 165 inimest.

Kodu eesmärk on säilitada või parandada inimese igapäevaelu toimingutega toimetulemise taset. Eesmärgi saavutamiseks lähtutakse oma töös individuaalselt

inimese isiksusest ja pakutakse, vastavalt inimese vajadusele juhendamist ja abi, et elukvaliteet ja toimetulekuvõime säiliks või paraneks. Toetatakse inimese sotsiaalse suhtlusvõrgustiku säilimist sugulaste, sõpradega. Oluliseks peetakse, et inimesel endal tekiks tunne, et tema ise saab oma elu juhtida ning selleks juhendatakse ja õpetatakse inimesele oma päeva planeerima.

Kodus on aktiveerivad tegevused töö-, sportlik- ja huvitegevus igapäevane osa kliendi päevasest elukorraldusest. Kodus propageeritakse tervislikke eluviise.

Erastvere Kodus on võimalus tegeleda kõikvõimalike loovate tegevustega alates joonistamisega lõpetades töötegevustega. Oluline, et kõik Kodu elanikud saaksid oma huvidele vastava tegevusega tegeleda. (Meist 2014)

2.4. Uurimustulemuste analüüs

2.4.1. Vastajate (respondentide) üldandmed

Uurimuses osales 79 psüühilise erivajadusega klienti, neist 41 (51,9%) naist ja 38 (48,1%) meest. Kodijärve Kodust osales uurimuses 29 klienti neist 15 meest (51,7%) ja 14 naist (48,3 %) ning Erastvere Kodust 50 klienti neist 23 meest (54%) ja 27 naist (46%). Vanuseliselt oli vastajate seas (Tabel 1) kõige rohkem 49–63 aastaseid (Kodijärvelt 12 klienti ja Erastverest 19 klienti).

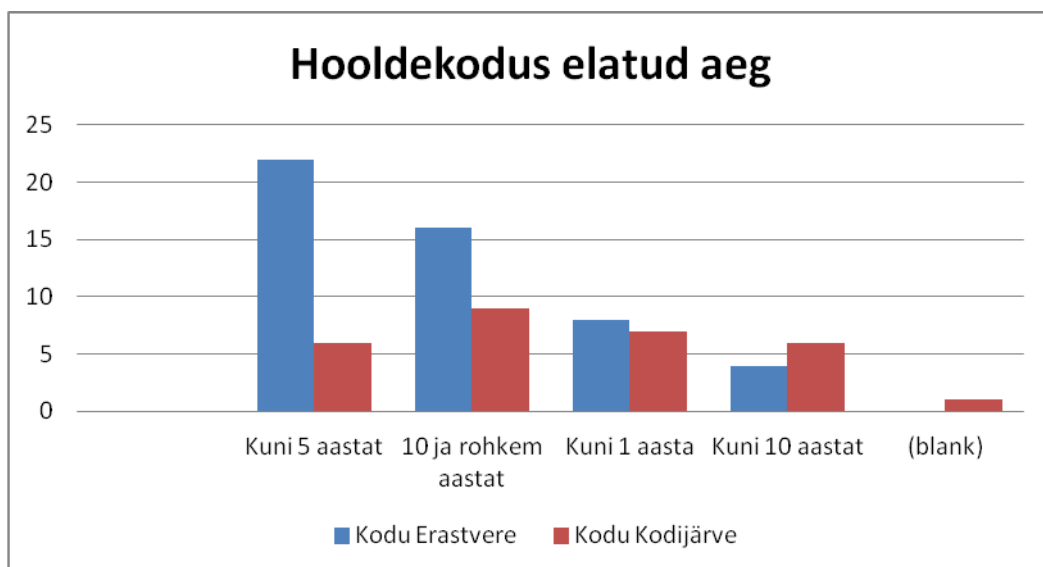
Tabel 1. Erastvere ja Kodijärve Kodu vanuseline ja sooline jaotus

Vastajad	18–35	34–48	49–63	64–78	78 ja vanem	Mehed	Naised	Kokku
Kodijärve Kodu	3	8	12	5	1	15	14	29
Erastvere Kodu	7	9	19	13	2	23	27	50
Kokku	10	17	31	18	3	38	41	78

Järgmine grupp oli 64–78 aastased (Kodijärvelt 5 ja Erastverest 13 klienti). 34–48 aastaseid vastajaid oli (Kodijärvelt 8 ja Erastverest 9 klienti). 18–35 aastaseid vastajaid oli (Kodijärvelt 3 ja Erastverest 7). 78 ja vanemaid vastajaid oli (Kodijärvelt ja Erastverest 3 klienti).

Hooldekodus elatud aeg (Joonis. 1) Kuni 5 aastat on hooldekodus elanud 28 respondenti. 10 ja rohkem aastat on teenusel viibinud on 25 respondenti ja kuni 1 aasta

on teenusel viibinud 15 respondenti. Üks vastanu oli jätnud hooldekodus elatud aja märkimata.



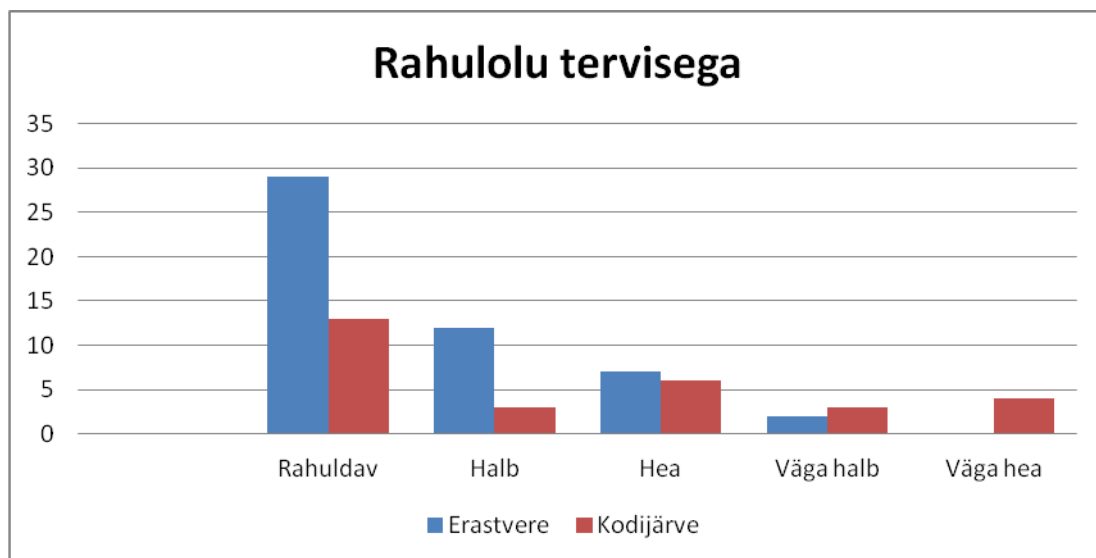
Joonis 1. Hooldekodus elatud aeg.

Kodu oli elukohaks enne hooldekodusse tulekut 44 respondendil. Teisest hooldekodust oli tulnud 24 respondenti ning toetavalt teenuselt tuli 10 vastanut. Üks respondent ei olnud sellele küsimusele vastanud.

2.4.2. Omamine(füüsiline tervis, materiaalne toimetulek)

Meditasiiniabi saamisega ei ole vahel rahul: Kodijärve 44,8 % ja Erastvere 60 %; alati rahul on Kodijärve 51,7 % ja Erastvere 34 % respondenti; mitte kunagi ei ole rahul: Kodijärvel 3,4 % ja Erastvere 6 %. Kaks respondenti Erastverest olid jätnud sellele küsimusele vastamata.

Oma füüsilise tervist (Joonis 2) hindas rahuldavaks: Kodijärve 44,8% ja Erastvere 58% respondentidest. Avatud vastusega küsimusest selgus, et kõige rohkem teevad muret: kurvameelsus, stress, unehäired, foobiad, jalad, selg ning vajatakse kvaliteetravimeid.



Joonis 2. Rahulolu tervisega.

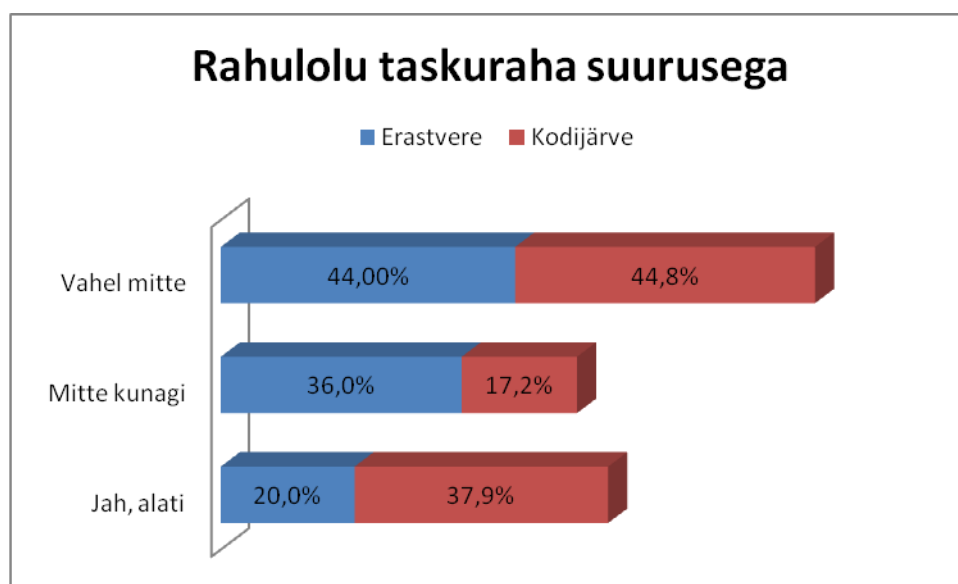
Enamus respondentidest (72) saab liikumisega iseseisvalt hakkama. 6 Erastvere klienti kasutab liikumisel abivahendiks keppi ning üks klient Kodijärvelt kasutab liikumiseks ratastooli.

Abi igapäevatoimingutes vajab mõnikord 58 respondenti: Kodijärve 65,5 % ja Erastvere 58 %; alati vajab abi 19 respondenti: Kodijärve 20,7% ja Erastvere 26 %; mitte kunagi ei vaja abi 12 respondenti: Kodijärve 13,8 % ja Erastvere 16%. Kokkuvõtvalt Kodijärve 44,8% ja Erastvere 58% hooldekodu klientidest hindas oma tervislikku seisundit rahuldavaks ning Kodijärve 48,2% ja Erastvere 66% respondentidest ei ole rahul meditsiiniabi saamisega hooldekodus. Hooldekodudes ei ole igapäevaselt kohapeal meditsiinipersonali. Pereõde teenust ostetakse sisse Valga Haiglalt. Pereõde on hooldekodus kolmel päeval nädalas. Seda on ilmselgelt vähe kõikide klientide jaoks. Enamus pereõde tööst moodustab ravimite jagamine, kliendiga individuaalselt ei ole aega tegeleda. Erastvere Kodu kliendid on rahulolematud ning põhjus võib olla selles, et suures hooldekodus on meditsiinipersonali vähem ning kõik

abivajajad kliendid ei saa õigeaegselt raviteenuseid. Enamus tööst teevad ära tegevusjuhendajad, kes annavad klientidele ravimeid ning jälgivad nende manustamist, jälgivad kliendi tervislikku seisundit ning teavitavad muutustest pereõdesid. Kliendid ei jõua õigeaegselt eriarstideni, sest järjekorrad on pikad ning see põhjustab klientidel tervise halvenemist.

Kodijärve 93,1% ja Erastvere 82% klientidest on iseseisvalt liikumisvõimelised ning igapäevatoimingute vajab Kodijärve 86,2% ja Erastvere 84% klientidest kõrvalabi. Avatud vastusega küsimuses toodi välja, et kõige rohkem abi igapäevatoimingutes vajatakse: pesemisel, koristamisel, söögi tegemisel, voodipesu- ja riiete vahetamisel, poes ostusid sooritades ning pangakaarti kasutades. Tegevusjuhendaja juhendab klienti igapäevatoiminguid tehes, mitte ei tee kliendi eest ära. Hooldekodudes ei ole tööl abipersonali, kõik töö peavad tegema kliendid ise tegevusjuhendajate juhendamisel.

Taskuraha suurusega (Joonis 3) respondendid rahul ei ole. Kõige enam puudust tuntakse toiduainetest ja maiustustest, sigarettidest, kohvist, teest ja hügieenitarvetest.

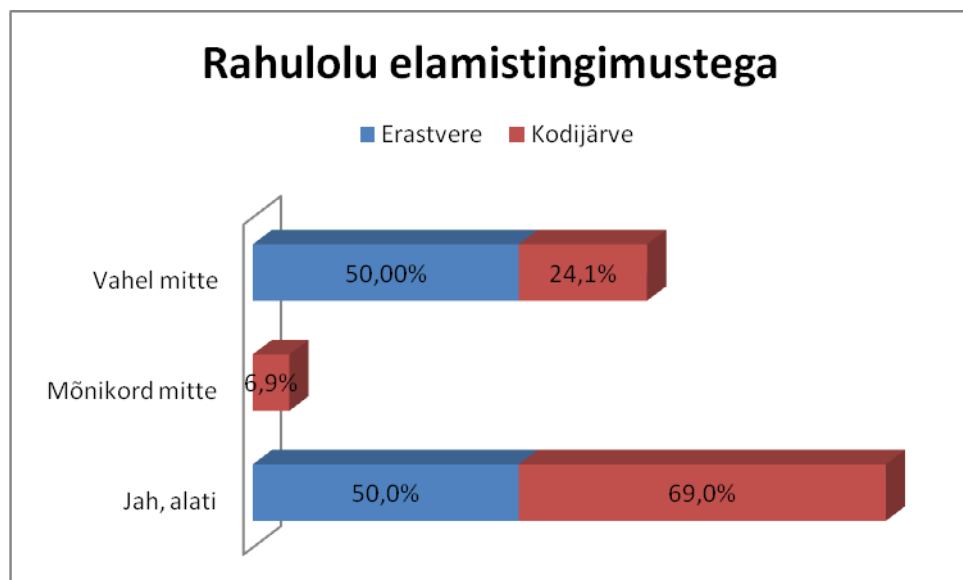


Joonis 3. Rahulolu taskuraha suurusega.

Söögiga hooldekodus ei ole mõnikord rahul Kodijärve 55,2% ja Erastvere 46% respondentidest; alati on rahul Kodijärve 41,4 % ja Erastvere 46% respondenti; mitte kunagi ei ole rahul Kodijärvel 3,4% ja Erastveres 8% respondenti. Avatud vastusega

küsimuses toodi välja põhjused, miks ei olda söögiga rahul: portsud väikesed, lahjad ja soovitakse rohkem praetuid toite.

Kokkuvõtvalt ei ole kliendid mitte kunagi rahul Kodijärve 17,2% ja Erastvere 36% respondenti taskuraha suurusega. Autor arvas, et Kodijärve kliendid ei ole rahul taskuraha suurusega, sest teenusearved on suuremad kui Erastvere Kodus ning seega jääb vähem taskuraha kätte Kodijärve klientidel. Uurimuses selgus, et rahulolematud on Erastvere kliendid 80 %, mille põhjuseks võib tuua selle, et Erastveres asub kauplus hooldekodu lähedal ning klientidel on võimalus kauplust külastada igapäevaselt. Kodijärve klientidel on võimalus iga kuu üks või kaks korda poodi sõita, sest kohapeal ei ole kauplust, kus endale vajaminev osta. Söögiga hooldekodus ollakse alati rahul Kodijärve 41,4% ja Erastvere 46% respondentidest, võib öelda, et vastajaid oli võrdselt ning seda võib seletada sellega, et AS Hoolekandeteenuste Kodudes on üks menüü ning menüüd on tervislikud ja õige kalorlusega, mis võib klientidele tunduda, et toidud on lahjad ja portsjonid on väiksed. Oma elamistingimustega (Joonis 4) on rahul Kodijärve 69% ja Erastvere 50% respondentidest. Avatud vastustega küsimustes toodi välja rahulolematuse põhjusteks, et soovitakse üksinda toas olla, kaaskliendid on lärmakad ning seda, et ei meeldi toakaaslased.

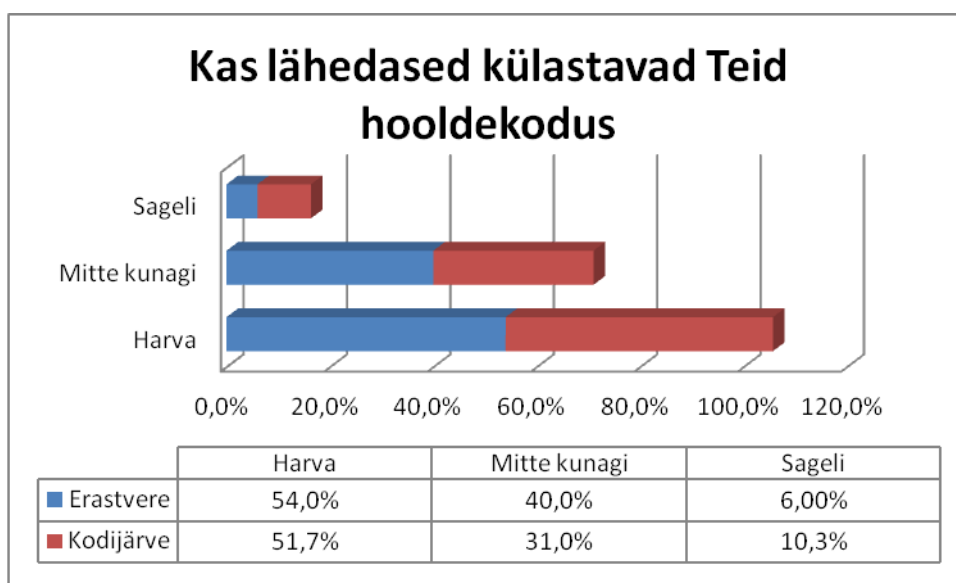


Joonis 4. Rahulolu elamistingimustega

Kokkuvõtvalt on elamistingimustega rahul Kodijärve 69% ja Erastvere 50% respondentidest. Elukohaga on rahul Kodijärve 69% ja Erastvere 66% hooldekodu respondentidest. Erastvere Kodu kliendid on mõnevõrra rahulolematud, sest tegemist on „kombinaat“ tüüpi hooldekoduga, mis on küll renoveeritud ja vastavuses nõuetele, kuid Kodijärve peremajad on kaasaegsemad ning paremate olmetingimustega, mis sarnanevad kodule. Autori arvates võib olla just privaatsuse puudumine mõnevõrra rahulolematuse põhjuseks Erastvere Kodus.

2.4.3. Armastamine: sotsiaalne heaolu (suhted, tunded sots. suhetes).

Mõned sõbrad on Kodijärvel 34,5% ja Erastvere 38% vastanutest; mõned tuttavad on Kodijärve 31% ja Erastvere 32 %; palju sõpru on Kodijärvel 27,6% ja Erastvere 10%; sõpru ei ole Kodijärvel 6,9% ja Erastvere 20%. Lähisugulasi omab Kodijärvel 75,9% ja Erastveres 86% respondentidest. Lähedased käivad hooldekodus külas harva (Joonis 5) Kodijärve 51,7% ja Erastvere 54% respondentil ning üldse ei kohtu lähedastega Kodijärve 31% ja Erastvere 40% respondentidest.

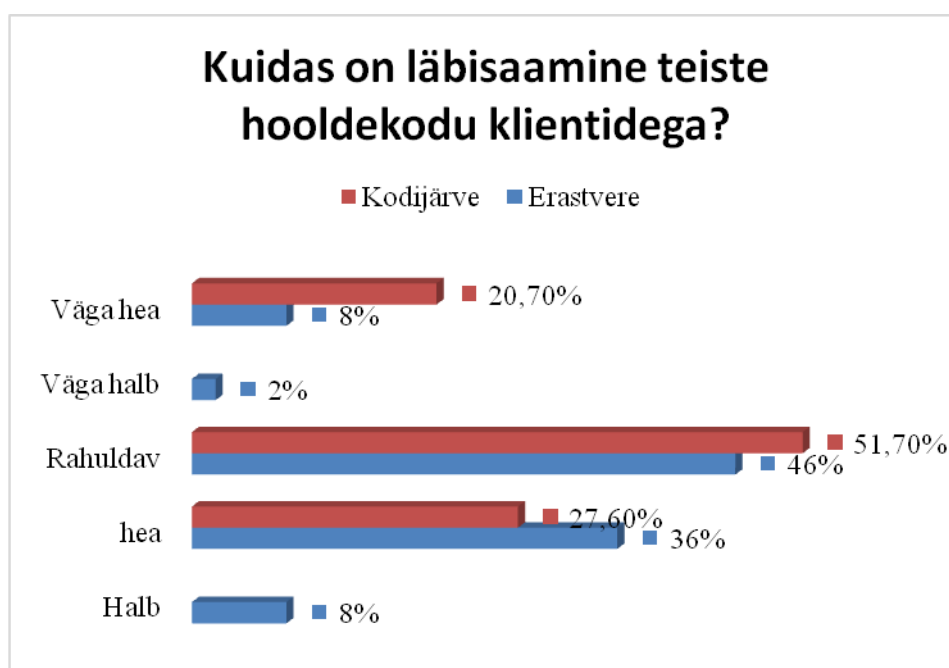


Joonis 5. Responentide hinnang lähedastega kokkusaamisele.

Läbisaamist tegevusjuhendajatega heaks Kodijärve 34,5% ja Erastvere 62%; väga heaks hindas Kodijärve 34,5% ja Erastvere 18%; rahuldavaks hindas Kodijärve 18% ja Erastvere 31%; läbisaamist väga halvaks 2%. Avatud vastustega küsimustes toodi

välja, et tegevusjuhendajatele saab rääkida oma muresid, kuid vahel ei mõisteta kliente ning saab põhjusta kärada. Oma muredega pöörduakse kõige sagedamini tugiisiku poole Kodijärve 31,3% ja Erastvere 36 %, tegevusjuhendaja poole Kodijärve 13,8% ja Erastvere 21,7% ja vanemtegevusjuhendaja ja kodu juhi poole Kodijärve 7,7% ja Erastvere 7,1% respondentidest.

Teiste klientidega läbisaamist hindas rahuldavaks (Joonis 6) Kodijärve 51,7% ja Erastvere 46% respondenti; läbisaamist heaks teiste klientidega: Kodijärve 27,6% ja Erastvere 36%; läbisaamist rahuldavaks 48,1%: Kodijärve 19 % ja Erastvere 29,1%; väga heaks Kodijärve 20,7% ja Erastvere 8%; läbisaamist halvaks: Kodijärve 0 ja Erastvere 8%; läbisaamist väga halvaks Kodijärve 0 ja Erastvere 2%. Avatud vastustega küsimustes toodi välja põhjused miks ei suhelda teiste klientidega: kaaskliendid on lärmakad, tahetakse suhelda ainult tegevusjuhendajatega ning tülid, mis on tekkinud kaasklientidega.

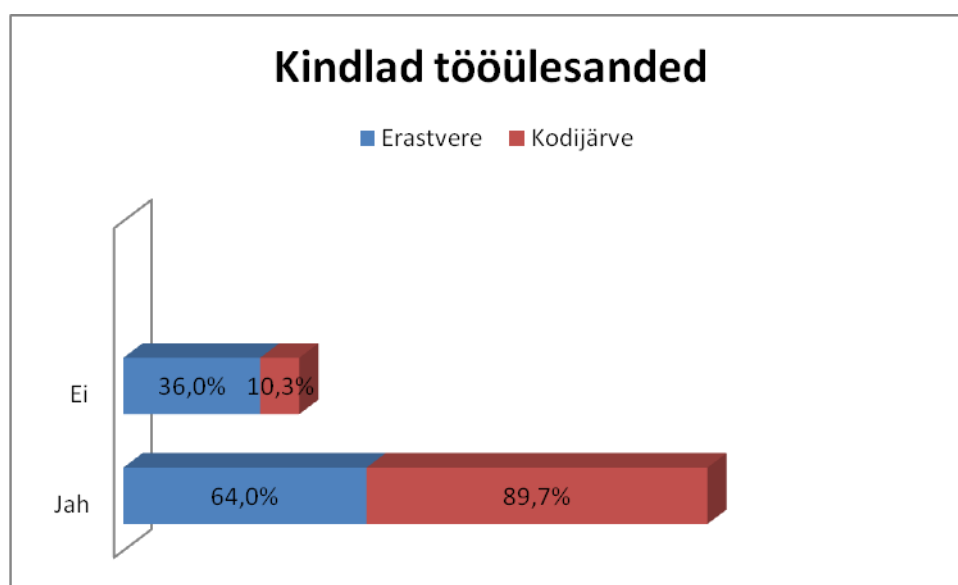


Joonis 6. Läbisaamine teiste klientidega.

Kokkuvõtvalt omab lähisugulasi Kodijärve 75% ja Erastvere 86% respondentidest, kuid sugulaste - tuttavate külaskäike ei peeta piisavaks ning üldse ei käida külas Kodijärve 31,3% ja Erastvere 40% respondentidest. Palju sõpru ja mõni sõber oli

Kodijärve 61% ja Erastvere 48% respondentidest, kuid Kodijärvel 6,9% ja Erastvere 20% respondenti vastasid, et neil ei olegi sõpru. Läbisaamist tegevusjuhendajatega hinnati heaks Kodijärve 34,5% ja Erastvere 62% ning väga oluline on, et kliendid saavad oma muredega pöörduda kõige sagedamini tugiisiku poole.

Kindlad tööülesanded on majas või osakonnas (Joonis 7) Kodijärve 89,7% ja Erastvere 62%; ei ole kindlaid tööülesandeid Kodijärve 10,3 % ja Erastvere 36%.



Joonis 7. Kindlad tööülesanded majas või osakonnas

Päevakeskuse tegevustest võtab osa alati Kodijärve 10,3% ja Erastvere 18% respondentidest; mitte kunagi ei võta osa Kodijärve 31% ja Erastvere 20% vastanutest; mõnikord võtab tegevustest osa Kodijärve 58,6 % ja Erastvere 62 % vastanutest. Kas vaba aja veetmise võimalusi on hooldekodus piisavalt vastas jaatavalt Kodijärve 65,5 % ja Erastvere 68% respondentidest; ei ole vaba aja veetmise võimalusi piisavalt Kodijärve 32% ja Erastvere 32%.

Kindlad tööülesanded on majas või osakonnas Kodijärve 89,7% ja Erastvere 62% vastanutest. Võib öelda, et mõlemas hooldekodus on klientidel välja kujunenud oma tööülesanded. Väga oluline on, et klientidel on oma kindlad tööülesanded või harjumus teha töösarnast tegevust. See võimaldab arendada nende iseseisvat toimetulekut ja nad saavad tunda ennast vajalikuna. Päevakeskuse käivad mõnikord tegevustest Kodijärve

58,6% ja Erastvere 62% vastanutest. Analüüsist tuleb välja, et Kodijärve kliendid külastavad päevakeskust vähem kui Erastvere kliendid, kuid mitte oluliselt. Põhjuseks võib olla see, et Kodijärve on alles aasta vana hooldekodu ning esimene aasta on olnud sisseelamise aasta ning igale kliendile ei ole leitud sobivat tegevust, millest klient oleks huvitatud. Vaba aja veetmise võimalusi piisavaks hindas Kodijärve 65,5% ja Erastvere 68% respondentidest. Avatud vastusega küsimustes toodi välja, et võiks olla rohkem väljasõite (kino, teater, matkad) ning seda, et nädalavahetustel võiksid samuti olla organiseeritud tegevused.

2.4.4. Olemine: emotsionaalne heaolu (tunded, rahulolu, vaimne tervis, enesehinnang, austus, usaldus)

Oma muredest saavad rääkida Kodijärve 44,8% ja Erastvere 52% respondentidest; vahel mitte vastas Kodijärve 44,8% ja Erastvere 46% respondentidest; mitte kunagi ei saa oma muredest rääkida Kodijärve 6,9% ja Erastvere 2%.

Vajalkuna tunneb ennast alati Kodijärve 48,8% ja Erastvere 52% respondentidest; vahel ei tunne ennast vajalikuna Kodijärve 44,8% ja Erastvere 46% respondentidest; mitte kunagi ei tunne ennast vajalikuna Kodijärve 6,9% ja Erastvere 2% respondentidest.

Õnnelikuna tunneb ennast alati Kodijärve 6,9% ja Erastvere 8% respondentidest; vahel ei tunne ennast õnnelikuna Kodijärve 75,9% ja Erastvere 68% respondentidest; mitte kunagi ei tunne ennast õnnelikuna Kodijärve 17,2% ja Erastvere 8%. Avatud vastusega küsimuses toodi välja, et õnnelikumaks teeks neid oma kodu, perekond, hea tervis, lähedased ja rohkem raha.

Oma eluga on alati rahul Kodijärve 41,4% ja Erastvere 30% vastanutest; vahel ei ole oma eluga rahul Kodijärve 51,7% ja Erastvere 68% respondentidest; mitte kunagi ei ole rahul Kodijärve 6,9% ja Erastvere 2%. Põhjused miks ei ole kliendid õnnelikud ja rahulolevad toodi välja haigus, konfliktid, lärm, kaasklientidega mitte läbisaamine, vähene taskuraha ning tegevusjuhendajate suhtumine ning vähene kohtumine lähedaste ja pereliikmetega.

2.4.5. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

E. Allardt (1993) peab inimese sealhulgas ka inimese heaolu olulisemaks näitajateks olemist, armastamist ja omamist. Heaolu mõjutavad tegurid on kindlasti ka indiviiditi erinev. (Kidron 2007: 226)

Tervis on oluline heaolu hindamise kriteerium. Kodijärve 44,8% ja Erastvere 58% respondentidest hindasid oma füüsilist tervist rahuldavaks, see on tingitud nende diagnoosist. Kliendid ei ole rahul meditsiiniabi saamisega. Kõige rohkem teevad muret: kurvameelsus, stress, unehäired, foobiad, jalad, selg ning vajatakse kvaliteetravimeid. Hooldekodudes ei ole igapäevaselt kohapeal meditsiinipersonali. Pereõde teenust ostetakse sisse Valga Haiglalt. Pereõde on hooldekodus kolmel päeval nädalas. Seda on ilmselgelt vähe kõikide klientide jaoks ning enamus pereõde tööst moodustab ravimite jagamine ja kliendiga individuaalselt ei ole aega tegeleda.

Uurimustöös selgus, et kliendid ei ole rahul taskuraha suurusega Kodijärve 17,2% ja Erastvere 36% respondentidest. Kliendid ei tunne raha väärtust ning nad ei oska hinnata oma vajadusi ja võimalusi. Ööpäevaringse hoolduse klientidest vähesed oskavad rahadega arveldada ja nende puhul peab jälgima ka, et targemad kliendid ei kasutaks nende oskamatuset enda kasuks ära. Paljud kliendid pole kunagi pidanud ise raha teenimiseks vaeva nägema. Nad teavad, et on pension ja puudetoetus. Koostöös tegevusjuhendajatega ja tugiisikutega on võimalik kliendi materiaalsel toimetulekul parandada: leida kliendile töövõimalusi, õpetada eelarve koostamist, klientidele igapäevase majandamise ja kokkuhoiu õpetamine (vähem suitsu, maiustusi). Söögiga hooldekodus ei ole mõnikord rahul rahul Kodijärve 55,2% ja Erastvere 46% respondentidest. Kliendid tarvitavad ravimeid, mis tekitavad söögiisu ning seega võib klientidele tunduda, et portsud väikesed, lahjad. AS Hoolekandeteenuste Kodudes on üks menüü ning menüüd on tervislikud ja õige kalorlusega.

Lähisugulasi omab omab Kodijärvel 75,9% ja Erastveres 86% respondentidest, kuid sugulaste ja tuttavate külaskäike ei peeta piisavaks ning üldse ei käida külas Kodijärve 31% ja Erastvere 40% respondentidest. Allardi teooria kohaselt on väga oluline, et inimesel oleks seotus perekonnaga ja sugulastega ning aktiivsed sõprussuhted, kuid

kahjuks väljaspool hooldekodu elavatel sugulastel ja tuttavatel väga vähe aega või tahtmist oma lähedasi külastada. See võib olla põhjustatud eelarvamustest – on levinud arusaam, et inimene, kes oma abi vajava pereliikme saadab hooldekodusse, on hoolimatu. Autori arvates on lähisugulastega mitte suhtlemine väga suureks rahulolematuse põhjustajaks ja see mõjutab klientide heaolu.

Palju sõpru on Kodijärvel 27,6% ja Erastvere 10% respondentidest, kuid Kodijärve 6,9% ja Erastvere 20% respondentidest vastasid, et neil ei olegi sõpru. Suhted kipuvad hooldekodus jääma tuttavate inimeste tasemele ning seega tekib hooldekodus vähe sõprussuhteid. Kui sellele lisada veel, et pereliikmete, sugulaste – tuttavate suhtlemine on vähene, siis on arusaadav, et hooldekodu elanikud tunnevad ennast üksikuna. .

Kindlad tööülesanded on Kodijärve 89,7% ja Erastvere 62% vastanutest. Võib öelda, et mõlemas hooldekodus on klientidel välja kujunenud oma tööülesanded. Väga oluline on, et klientidel on oma kindlad tööülesanded või harjumus teha töösarnast tegevust, sest see võimaldab arendada nende iseseisvat toimetulekut ja nad saavad tunda ennast vajalikuna.

Päevakeskuse käivad mõnikord tegevustes Kodijärve 58,6% ja Erastvere 62% vastanutest. Analüüsist tuli välja, et Kodijärve kliendid külastavad päevakeskust vähem kui Erastvere kliendid, kuid mitte oluliselt. Põhjuseks võib olla see, et Kodijärve on alles aasta vana hooldekodu. Esimene aasta on olnud sisseelamise aasta ning igale kliendile ei ole leitud sobivat tegevust, millest klient oleks huvitatud. Väga oluline, et tegevused planeeritakse sõltuvalt kliendist tema igakülgselt arendamiseks, omandatud oskuste säilitamiseks. Seega tuleb päevakeskuse tegevuses arvestada just kliendi soovi, sest igal kliendile tuleb läheneda individuaalselt ning välja selgitada kliendi vajadused ja huvid. Vaba aja veetmise võimalusi on hooldekodus piisavalt vastas Kodijärve 65,5 % ja Erastvere 68% respondentidest. Avatud vastusega küsimustes toodi välja, et võiks olla rohkem väljasõite (kino, teater, matkad) ning seda, et nädalavahetustel võiksid samuti olla organiseeritud tegevused.

Vajalikuna tunneb ennast alati Kodijärve 48,8% ja Erastvere 52% respondentidest. Vahel ei tunne ennast õnnelikuna Kodijärve 75,9% ja Erastvere 68% respondentidest.

Avatud vastusega küsimuses toodi välja, et õnnelikumaks teeks neid oma kodu, perekond, hea tervis, lähedased ja rohkem raha.

Oma eluga on alati rahul Kodijärve 41,4% ja Erastvere 30% respondenti. Põhjused miks ei ole kliendid õnnelikud ja rahulolevad toodi välja haigus, konfliktid, lärm, kaasklientidega mitte läbisaamine, vähene taskuraha ning tegevusjuhendajate suhtumine ning vähene kohtumine lähedaste ja pereliikmetega.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et uurimustöö kinnitas Allardti (1993) teooria sobivust uurimiseks psüühilise erivajadusega inimeste heaolu, kus heaolukomponendid on: omamine, mis viitab neile materiaalsetele ja füüsilistele tingimustele, mis on vajalikud ellujäämiseks või puuduse vältimiseks, armastus tähendab selles kontekstis vajadust teiste inimestega suhelda ja moodustada sotsiaalseid identiteete ning olemine tähendab vajadust lõimuda ühiskonda ja elada kooskõlas keskkonnaga (Allardt 1993:89).

Uurimustulemuste põhjal võib teha vastavad järeldused:

- Hooldekodude kliente mõjutab rahaliste ressursside vähesus.
- Kõige enam rahulolematust ja kurbust põhjustab vähene kontakt lähedastega ning perekonnaliikmetega mitte suhtlemine.
- Emotsionaalset heaolu mõjutavateks teguriteks on kaasklientidega mitte läbisaamine, ei tunta ennast vajalikuna, tahetakse oma koju ja perekonda ning soov rääkida oma muredest.
- Positiivne on see, et klientidel on kindlad tööülesanded, käivad aktiivselt päevakeskuses tegevustes ning veedavad aktiivselt oma vaba aega.

Uurimuse tulemustest lähtuvalt teeb autor mõned ettepanekud hooldekodude juhtidele klientide heaolu parandamiseks:

- Füüsilise tervise parandamiseks tuleb tagada igale kliendile õige psühhiaatriline ravi ning head võimalused osaleda liikumistegevustes. Klientide nädalaplaanidesse ja kalenderplaanidesse töiste, liikumis-, vaba aja ja

arendustegevuste lisamine, vähemalt 1 tund liikumistegevust, mis reaalselt toimuks. Klientide suitsetamise ja suitsukoguste vähendamine.

- Materiaalse toimetuleku tagamiseks tuleb leida klientidele töövõimalusi ning motiveerida neid tegema tööd. Igapäevase majandamise ja kokkuhoiu õpetamine klientidele (vähem suitsu, maiustusi). Tegevusjuhendajad ja tugiisikud peavad õpetama kliendile tema eelarve planeerimist (ennem tuleb maksta teenuse eest ja siis alles lisakulutused).
- Lähedastega kontakti hoidmiseks tuleb regulaarselt teavitada lähedasi ja eestkostjaid kliendi vajadustest ja soovidest ning teha koostööd, kliendi arengu tagamiseks. Korraldada hooldekodus vähemalt kaks korda aastas üritusi (nt. jõulud, perepäevad), kuhu kutsuda kliendi lähedased.
- Emotsionaalse heaolu parandamiseks tuleb klienti tunnustada, kiita ning leida kliendile tegevused, mis on tema võimetele vastavad. Väga oluline on, et klientidel on oma kindlad tööülesanded või harjumus teha töösarnast tegevust, sest see võimaldab arendada nende iseseisvat toimetulekut ja nad saavad tunda ennast vajalikuna.

Antud uurimistöö tulemused edastatakse Kodijärve ja Erastvere Kodu juhtidele. Uurimistöö tulemuste põhjal on võimalik parandada klientide elukvaliteeti kui ka töökorraldust hooldekodudes.

KOKKUVÕTE

Uurimustöö eesmärgiks oli välja selgitada Kodijärve ja Erastvere Kodude elanike heaolu ja toimetulek ning seda mõjutavad tegurid. Teema on aktuaalne kuna psüühiliste erivajadustega inimeste arv kasvab ning seega kasvab vajadus kvaliteetsema teenuse järele.

Uurimus on teostatud kasutades kvantitatiivset uurimisviisi ning kõikse valimi meetodit. Uurimismeetodina kasutati ankeetküsitlust. Ankeetküsitluse küsimused koostati vastavalt Allardti (1993) heaolu indikaatoritele, mis jagunesid kolme teemablokki: üldandmed, omamine (füüsiline tervis, materiaalne toimetulek), armastamine (suhted, tunded sots. suhetes) ja olemine (tunded rahulolu, vaimne tervis, enesehinnang). Eesmärgini aitasid viia uurimisküsimused. Valimis osales 79 psüühilise erivajadusega inimest.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et klientide subjektiivne hinnang oma tervisele ja meditsiiniteenusele on rahuldav ning igapäevatoimingutes vajavad kliendid enamuses abi. Rahul ei olda sissetulekutega, sest sissetulekud on väiksed ja enamus kulub kohamaksule. Hooldekodus pakutava söögiga ja elamistingimustega ollakse rahul. Kõige rohkem tunnevad kliendid puudust oma lähisugulastest, oma kodust, lähedastest suhetest ning autori arvates on lähisugulastega mitte suhtlemine väga suureks rahulolematuse põhjustajaks ja see mõjutab klientide heaolu. Paljudel hooldekodu elanikel on sõbrad, head suhted tegevusjuhendajatega ning oma muredega saavad alati pöörduda tugiisiku poole. Kliendid käivad tegevuskeskuses, enamuses klientidest on kaasatud töötegevustesse ning vaba aja veetmise võimalusi hinnatakse hooldekodus piisavaks.

Kodijärve Kodus ei ole varem sellist uuringut tehtud, Erastvere Kodus on teinud AS Hoolekandeteenused kliendi rahuloluuuringuid, kuid nende uuringute tulemustega ei ole autor tutvunud. Tulenevalt sellest on uurimus oluline, et asutuse juhtidele anda tagasisidet, et muuta klientide elu kvaliteeti ning juba tehtud asjadele tagasisidet saada.

VIIDATUD ALLIKAD

1. **Allardt, E.** 1993. Having, Loving; Being. Alternative to the Swedish model of welfare research – M. Bussbaum, A. Sen (Eds.), The Quality of the Life. Oxford: Claredon Press.
2. **Avaleht.** 2013. AS Hoolekandeteenused.
[<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/valisveeb/avaleht.php>] 29.01.2014.
3. **Bakk, A., Grunewald K.** 1999. Vaimupuudega inimeste hoolekandest. Tallinn: Koolibri, lk. 22–27.
4. **Diener, E.** 2005. Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and III-Being. Autoreed by Ed Diener, University of Illinois. December 1, 2005. URL:
[http://s.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Guidelines_for_National_Indicators.pdf] (03.04.2014).
5. Erihoolekande teenustestandard. 2011. Sotsiaalkindlustusamet. [<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/teenusstandardid/atserihoolekanne2011.pdf>] 26.03.2014.
6. **Eronen, M., Henriksson, M.** 2000. Isiksushäired. Käitumishäired. – Psühhiaatria. Tallinn: AS Medicina, lk. 321–342.
7. **Hall, A.** 2008. Haritud tegevusjuhendaja on edu võti. Sotsiaaltöö 5/2008, 38–40.
8. Heaolu ja elukvaliteedi mõõtmine. Statistikablogi. Statistikaameti ajaveeb. 2012.
[<http://statistikaamet.wordpress.com/2012/01/11/heaolu-ja-elukvaliteedi-mootmine/>] 05.04.2014.
9. **Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2005).** Uuri ja kirjuta. Tallinn: Medicina, lk 183–184.

10. Hoolekande kontseptsioon. 2004. EV Sotsiaalministeerium.
11. **Isohanni, M.**, Honkonen, T., Vartiainen, H., Lönnqvist, J. 2000. Skisofreenia. – Psühhiaatria. Tallinn: Medicina, lk. 43.
12. **Isometsä, E.** 2000. Meeleoluhäired: depressiivsed häired ja bipolaarsed häired. – Psühhiaatria. Tallinn: AS Medicina, lk. 111–114.
13. **Jaanson, K., Lääne, P., Vana, T., Pöder, K., Mäe, K., Laurson, M.** 1999. Skisofreenia – et mõista haigust. Avatud Eesti Fond.
14. **Joukamaa, M.** 2000. Somatoformsed häired. – Psühhiaatria. Tallinn: Medicina, lk. 24.
15. **Kaarlõp, D.** 2007. Hoolekandetasutuse reorganiseerimisest. – Sotsiaaltöö nr 4/2007, lk.9–10.
16. **Kidron, A.** 2007. Elustiil ja heaolu. Eluviis, tegevusstiilid ja subjektiivse heaolu. Akadeemia Nord ja Anti Kidron. Tallinn: Paar, lk. 162–226.
17. **Kiis, A., Pihlak, M.**, 2004. Vananemise ja heaolu teoreetilisi käsitlusi. Toim. Tulva, T., lk. 32.
18. Klienditöö eesmärkide saavutamine. Klienditöö korraldus. AS Hoolekandeteenused siseveeb. [http://www.hoolekandeteenused.ee/media/siseveeb/Dokumendid/Juhatus_otsused_2013/20131219_juhatus_otsus_nr62_Teenuse_osutamise_tookord.pdf] 15.03.2014.
19. **Kreegipuu, M.** 2002. Psüühikahäired. – Psühholoogia gümnaasiumile. TÜK.
20. Kuoppasalmi, K., Heinälä, P., Lönnqvist, J. 2000. Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud häired. – Psühhiaatria. Tallinn: AS Medicina, Lisa 1, lk. 352,356.
21. **Lausvee, E.** 2005. Vaimsest tervisest ja psühhiaatrilisest sotsiaaltööst. – Sotsiaaltöö, 1/2005, lk 49– 50.

22. **Medar, M.** 2002. Sotsiaalteenused – kellele, miks? Sotsiaalteenused – kellele, miks ja kuidas? Pärnu: Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, lk.8–45.
23. **Medar, M., Medar, E.** 2007. Sotsiaaltoetused ja – teenused. TÜK, lk. 104.
24. Meist. AS Hoolekandeteenused. [<http://www.hoolekandeteenused.ee/erastvere/>] 02.03.2014.
25. Millega tegeleme. As Hoolekandeteenused. [<http://www.hoolekandeteenused.ee/kodijarve/pages/est/avaleht/millega-tegeleme.php>] 29.12.2013.
26. **Paavel, V.** 2007. Sotsiaaltöö ümber mõtestamine. Tallinn. Avahoolduse Arenduskeskus. GREIF trükikoda.
27. **Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., Vasar, V.** 2000/2001. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium; Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse keskus; Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing.
28. Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid. 1995. EPIK, lk. 5.
29. **Rannastu, K.** 2005. Sotsiaalhooldus. ILO.
30. RHK–10. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon. Tartu Ülikool, Tartu Ülikool, 1995, 339 lk.
31. Riigi tegevus psüühilise erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel. Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn. 05. veebruar 2008. [http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1474/1/Riigikontroll2008_1.pdf] 28.01.2014.
32. Skisofreenia vormid. Küsin ja tean. Tartu, 2011, lk 17. EPRÜ.
33. Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja nendega seonduvate muutmise seaduse seletuskiri. 2009. Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/erivajadus/seletuskirjad/SHS_seletuskiri_erihoolekande_muudatused.pdf] 6.02.2014.

34. **Sõmer-Kull, S.** 2011. Sotsiaalteenuste kvaliteedi tagamise põhimõtted ja mõõtmise võimalused. Sotsiaaltöö 1/2011, lk. 11–15.
35. Tegevusjuhendajate käsiraamat. 2010. Klaassen, A., Tiko, A., Mäe, K. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
36. Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000–2010. 2011. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
37. **Tooding, L –M. (1999).** Andmeanalüüs sotsiaalteadustes. Tartu: TÜ.
38. **Touwel, L., Karjakina, R.** 2005. Kvaliteedi aluseks on väärtused. Sotsiaaltöö 1/2005, lk 38-39.
39. **Tõnisson, U., Luhse, L.** 2008. Tegevusjuhendajate koolitus. Koolitusmaterjalid.
40. Vananemine ja põlvkondadevaheline sidusus. Tallinn: Spin Press.
41. **Varblane, I.** 2009. Magistritöö. Tallinn. Psüühilise erivajadusega inimeste heaolu Ravila Hooldekodus ja Valkla hooldekodus.
42. **Vesan, P.** and Bizzotto, G. Quality of Life in Europe. Conceptual approaches and empirical definitions. Work and Life Quality in New & Growing Jobs, 2011.
43. WHO (2001). The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. WHO, Geneva.

Lisa 1. Küsimustik

TERE! Olen Tartu Ülikooli Pärnu kolledži avatud ülikooli sotsiaaltöö eriala üliõpilane Katrin Kalda ja viin läbi uurimustööd, et välja selgitada psüühiliste erivajadustega klientide heaolu ja toimetulek ning seda mõjutavad tegurid Kodijärve ja Erastvere Kodus. Töö eesmärgiks on saada ülevaade klientide rahulolust oma tervise, toimetuleku, kaaslaste ja eluga hooldekodus. Küsimustik on anonüümne ning isikuandmeid ei avalikustata.

Ankeedi küsimused on valikvastustega. Palun lugege hoolega küsimusi ja valige vastuste hulgast üks kõige sobivam vastusevariant. Valitud vastusele tõmmake numbrile ring ümber.

Tänan kõiki vastanuid!

I ÜLDANDMED

- | | | |
|--|------------------------|----------|
| 1. Sugu | 1. Mees | 2. Naine |
| 2. Vanus | | |
| | 1. 18-33 | |
| | 2. 34-48 | |
| | 3. 49-63 | |
| | 4. 64-78 | |
| | 5. 78 ja vanem | |
| 3. Hooldekodus elatud aeg | | |
| | 1. Kuni 1 aasta | |
| | 2. Kuni 5 aastat | |
| | 3. Kuni 10 aastat | |
| | 4. 10 ja rohkem aastat | |
| 4. Elukoht enne hooldekodusse elama asumist | | |
| | 1. Kodu | |
| | 2. Hooldekodu | |
| | 3. Toetavalt teenuselt | |

II OMAMINE (füüsiline tervis, materiaalne toimetulek)

- 5. Liikumisvõime**
- 1. Liigun iseseisvalt
 - 2. Kasutan abivahendit
 - 3. Liigun ratastoolis

6. Kas vajate abi igapäevatoimetuste tegemisel?

1. Jah, alati
2. Mõnikord
3. Mitte kunagi

7. Millistes igapäevatoimingutes vajate abi kõige enam?

.....

8. Kas oled üldiselt rahul oma tervisega?

1. Väga hea
2. Hea
3. Rahuldav
4. Halb
5. Väga halb

Soovi korral palun täpsusta

9. Kas olete rahul meditsiiniabi saamisega hooldekodus?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Mitte kunagi

Soovi korral täpsusta

10. Kas olete rahul oma taskuraha suurusega?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Mitte kunagi

11. Millest kõige enam puudust tunnete? (Valikuid võib olla mitu)

1. toiduained, maiustused
2. suitsud
3. kohvi, tee
4. hügieenitarbed
5. riideesemed
6. muu

12. Kas olete rahul hooldekodus pakutava söögiga?

1. Jah, alati
2. Mõnikord mitte
3. Mitte kunagi

Soovi korral täpsusta

13. Kas olete rahul oma elamistingimustega Kodijärve/Erastvere Kodus?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte

3. Mitte kunagi

Soovi korral täpsusta

14. Kas olete rahul oma elukohaga Kodijärve/Erastvere Kodus?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Mitte kunagi

Soovi korral täpsusta

III Armastamine: sotsiaalne heaolu (suhted, tunded sots. suhetes)

15. Kas teil on lähisugulasi?

1. Jah
2. Ei

16. Kas lähedased külastavad teid hooldekodus?

1. Sageli
2. Harva
3. Mitte kunagi

17. Kas teil on hooldekodus sõpru?

1. Jah, paljud
2. Jah, mõned
3. On mõned tuttavad
4. Ei ole

18. Kuidas on teie läbisaamine teiste hooldekodu klientidega?

1. Väga hea
2. Hea
3. Rahuldav
4. Halb
5. Väga halb

Soovi korral täpsusta

19. Kuidas on teil läbisaamine tegevusjuhendajatega?

1. Väga hea
2. Hea
3. Rahuldav
4. Halb
5. Väga halb

Soovi korral täpsusta

20. Kelle poole Te kõige rohkem oma muredega pöördute? (valikuid võib olla mitu)

1. Tugiisik

2. Tegevusjuhendaja
3. Vanemtegevusjuhendaja
4. Kodu juht
5. Keegi teine

21. Kas Teil on hooldekodus või oma majas (osakonnas) kindlad tööülesanded mida täidate?

1. Jah
2. Ei

22. Kas võtate osa päevakeskuse (tegevuskeskuse) tegevustest?

1. Jah, alati
2. Mõnikord
3. Mitte kunagi

23. Kas hooldekodu pakub piisavalt võimalusi oma vaba aja sisustamisel?

1. Jah
2. Ei

Soovi korral täpsusta

IV Olemine: emotsionaalne heaolu (tunded, rahulolu, vaimne tervis, enesehinnang, austus, usaldus jne)

24. Kas saate alati oma muredest rääkida?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Mitte kunagi

25. Kas tunnete end vajalikuna?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Ei, mitte kunagi

26. Kas tunnete end õnnelikuna?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Ei, mitte kunagi

27. Mida oleks vaja, et tunda end õnnelikuna?

.....

28. Kas olete rahul oma eluga?

1. Jah, alati
2. Vahel mitte
3. Ei, mitte kunagi

29. Mis põhjustab rahulolematust?

.....

30. Mida soovite veel lisada, et elu oleks hooldekodus parem?

.....

SUMMARY

WELFARE AND MANAGING OF PEOPLE WITH MENTAL SPECIAL NEEDS AT KODIJÄRVE AND ERASTVERE

Katrin Kalda

The understanding of importance of social services and the expectations for their availability has been increasing continuously in the past decade. In addition to the accessibility of those services, attention has been driven to the question of quality of welfare services. Quality in special needs services above all means the suitability of the services to the specific needs and the client's satisfaction. The topic is vital, as the number of people with special needs is rising and therefore the need for higher quality is also rising.

The aim of this research is to find out the welfare and managing of residents living at Kodijärve and Erastvere Home and the factors affecting them. The aim of the research is achieved by the following research questions:

- how do the clients evaluate their living conditions at the nursing home;
- how do the clients evaluate their health status;
- how do the clients evaluate their economic welfare at the nursing home;
- how do the clients get along with their family, other clients and staff;
- how do the clients evaluate the working, hobby activities and the choices for free time activities at the nursing home.

The theoretical background for this research is Allardt's (1993) welfare components: having (physical health, financial welfare), loving (relationships) and being (feelings, contentment, mental health, self-esteem) and the two dimension theory of subjective

welfare, according to which the level of well-being is depending on the relation between good and bad feelings or mood.

The research was performed using quantitative and complete sampling methods. A questionnaire was used as a research method. The questions were composed in accordance to Allardt's welfare indicators that fall into four categories: general data, having, loving and being. The sample consisted of 79 people with mental special needs from Kodijärve and Erastvere Home.

Based on the research results, the client's subjective evaluation to their health and medical services is satisfactory and clients mostly need help at coping with everyday activities. The nursing home clients are affected by shortage of financial means. The most discontent and sadness is caused by the shortage of contact or no contact with family and close people. Not communicating with close family is a great reason behind dissatisfaction and it affects the client's welfare. Indicators affecting emotional welfare are not getting along with fellow clients, not feeling useful, wanting to go home to be with their families and the wish to talk about their worries. It is positive though, that the clients have specific jobs, they regularly take part in activities offered by the nursing home and spend their free time actively. Based on the research results, the author has suggestions for the managers of the nursing homes in order to decrease the client's welfare:

- To guarantee improvements of physical health, the client's must be ensured possibilities for sport activities. The addition of work, sports, free time and improving activities in the client's schedules should have at least 1 hour of sport activities that would have a real outcome. Minimizing smoking and the amounts being smoked.
- To improve economic welfare, the clients should be found work possibilities and be motivated to work. Teaching of coping with everyday expenses and saving money (less smoking and sweets). Activity coordinators and support people must teach their clients the planning of their budget (first paying for service, then additional expenses).

- To guarantee the improvement of the client, there must be a contact kept and collaboration going on with the family and close people and to do this, they must be regularly notified of the needs and wishes of the client. At least twice a year organize events (e.g. Christmas, family days) to invite the client's family and close people.
- For improving the client's emotional welfare, they must be appreciated, praised and found activities that are suitable for their abilities. It is very important for the clients to have specific jobs or a routine to execute a similar activity, because this enhances their independent coping and they can feel themselves necessary.

The results of the research will be forwarded to the managers of Kodijärve and Erastvere Home. Based on the outcome of the research it is possible to improve both the welfare of clients and job management at the nursing homes.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Katrin Kalda, sündinud 02.02.1973,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„ Psüühiliste erivajadustega inimeste heaolu ja toimetulek Kodijärve ja Erastvere Kodus“,

mille juhendaja on Anne Rähn

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, 19.05.2014